

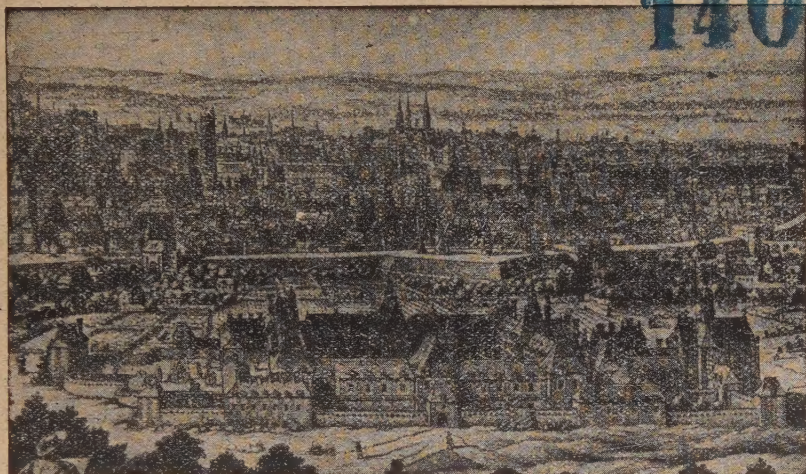
Année 1913 — FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS — N°

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Charles RENAULT

Né à Paucourt (Loiret), le 30 Juillet 1882
Ancien Interne Provisoire des Hôpitaux de Paris
Ancien Interne de Saint-Lazare



LA

MÉDIASTINITE SYPHILITIQUE

Président : M. GAUCHER, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, Rue Racine (VI^e)

1913

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Année 1913 — FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS — N°

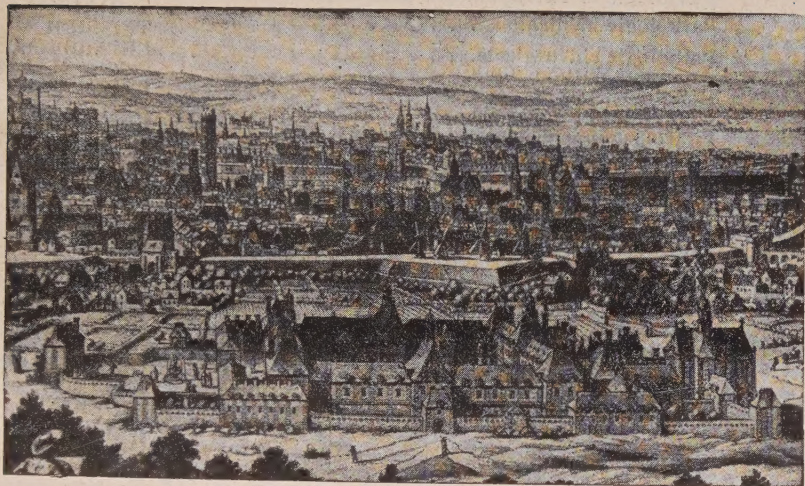
THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Charles RENAULT

Né à Paucourt (Loiret), le 30 Juillet 1882
Ancien Interne Provisoire des Hôpitaux de Paris
Ancien Interne de Saint-Lazare

140



LA

MÉDIASTINITE SYPHILITIQUE



Président : M. GAUCHER, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, Rue Racine (VI^e)

1913

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN, M. LANDOUZY

PROFESSEURS

MM.

Anatomie	NICOLAS
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	{ WIDAL
	TEISSIER
Pathologie chirurgicale	LEJARS
Anatomie pathologique	PIERRE MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	HARTMANN
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	MARFAN
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LETULLE
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
	DEBOVE
Clinique médicale	{ LANDOUZY
	GILBERT
	CHAUFFARD
	HUTINEL
Maladies des enfants	
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	GILBERT BALLEI
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	DEJERINE
	DELBET
Clinique chirurgicale	{ QUENU
	RECLUS
	N.
Clinique ophtalmologique	DELAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
	BAR
Clinique d'accouchements	{ PINARD
	RIBEMONT-DESSAIGNE
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	ALBERT ROBIN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

BALTHAZARD	DUVAL (P.)	LEQUEUX	RATHERY
BERNARD	GOUGEROT	LERI	REITTERER
BRANCA	GREGOIRE	LOEPER	RICHAUD
BRINDEAU	GUENIOT	MACAIGNE	ROUSSY
BROCA (A.)	GUILLAIN	MAILLARD	ROUVIÈRE
BRUMPT	JEANNIN	MORESTIN	SCHWARTZ
CAMUS	JOUSSET (A.)	MULON	SICARD
CARNOT	LABBE (M.)	NICLOUX	TERRIEN
CASTAIGNE	LANGLOIS	NOBECOURT	TIFFENEAU
CHEVASSU	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	ZIMMERN
CLAUDE	LECENE	OMBREDANNE	
COUVELAIRE	LENORMANT	PROUST	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

*Témoignage de ma profonde
affection.*

MEIS ET AMICIS

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

MONSIEUR LE DOCTEUR H. BARBIER

Médecin de l'Hôpital Hérold

MONSIEUR LE DOCTEUR DEMOULIN

Chirurgien de l'Hôpital de la Charité

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ THIERY

Chirurgien de l'Hôpital de la Nouvelle Pitié

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LEGRY

Médecin de l'Hôpital Saint-Antoine

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ BEZANÇON

Médecin de l'Hôpital de la Charité

MONSIEUR LE PROFESSEUR RIEFFEL

Chirurgien de l'Hôpital Saint-Louis

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ DEMELIN

Médecin Accoucheur de l'Hôpital Saint-Louis

A MES MAITRES DE L'ASILE NATIONAL
DE VINCENNES

A MES MAITRES DE SAINT-LAZARE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR E. GAUCHER

Professeur de Clinique des Maladies cutanées et syphilitiques

à la Faculté

Médecin de l'Hôpital Saint-Louis

Membre de l'Académie de Médecine

Président de l'Association générale des Médecins de France

Digitized by the Internet Archive
in 2026

LA

MÉDIASTINITE SYPHILITIQUE

HISTORIQUE

Résultant d'une inflammation chronique du tissu cellulaire du médiastin, aboutissant à la formation d'un tissu scléreux quelquefois très abondant, la médiastinite chronique est susceptible de réaliser une véritable entité anatomo-pathologique et clinique. Tous les organes du médiastin, vaisseaux, nerfs, trachée, bronches, péricarde, cœur peuvent être atteints par ce processus d'envahissement fibreux quelquefois tellement diffus qu'il est impossible d'en reconnaître le point de départ. Si pendant longtemps la médiastinite chronique fut considérée comme une complication rare et relativement accessoire de la péricardite, la médiastino-péricardite calleuse de Griesinger et Küssmaul, il est incontestable que très souvent elle peut laisser intacte la séreuse cardiaque et que la médiastino-péricardite n'est qu'une variété très restreinte de la médiastinite chronique. Depuis les observations classiques de Griesinger (1854) et de Küssmaul (1873) la médiastinite a fait

l'objet de nombreux travaux. En Allemagne, Claessen (1) Westphalen (2) décrivent les symptômes de la médiastinite chronique chez l'adulte.

Verfasser (3) cite trois cas de médiastino-péricardite chronique avec tuméfaction du foie et ascite, qui furent améliorés par l'opération de la cardiolyse de Brauer. Plus récemment, Radonicic dans un intéressant article (4) apporte une statistique de 37 cas personnels, dont 5 avec autopsie.

En Angleterre, Wipham publie dans la *Lancet* une statistique de 37 cas de médiastinite chronique. Sutherland cite une médiastinite chronique chez un enfant de trois ans, Habershon une médiastinite fibreuse chez un homme de trente-sept ans, Gull, chez un homme de soixante et un ans.

En France, la médiastinite chronique a fait l'objet de nombreux travaux et nous trouvons dans la thèse du Dr P. Lambour (5), une monographie très documentée de la médiastinite chronique chez l'enfant.

Tous ces auteurs s'attachent particulièrement au côté clinique de la question et souvent dans leurs

1. Claessen, *Médiastino-péricardite calleuse* (*Deutsche med. Wochenschrift*, février 1892).

2. Westphalen, *Symptomes de médiastinite fibreuse*. Saint-Pétersbourg (*Med. Wochenschrift*, 1892).

3. Verfasser, *Médiastino-péricardite chronique* (*Deutsch. med. Woch.*, 1904).

4. Radonicic, *Deutsch. med. Wochens.*, 9 mars 1911.

5. Lambour, Thèse de Paris, novembre 1911.

observations la véritable nature de l'affection reste méconnue.

En réalité trois affections dominent l'étiologie des médiastinites chroniques : la tuberculose, la syphilis et le rhumatisme articulaire aigü. Chacune d'elle, cependant, ne crée pas un syndrome médiastinal identique et bien que très souvent délicat, leur diagnostic respectif n'est pas impossible.

La tuberculose est la maladie qui le plus souvent préside à la transformation fibreuse du médiastin, seule ou de connivence avec la syphilis, mais cette dernière infection est susceptible, tout en restant isolée de provoquer tout aussi sûrement la sclérose de ce même tissu médiastinal.

La médiastinite syphilitique n'est pas une affection fréquente, toutefois il serait regrettable de méconnaître son existence, et, si son diagnostic est souvent difficile, comme d'ailleurs celui de toute la syphilis viscérale, il n'en est pas moins vrai que lorsqu'il se pose il conduit à l'application d'un traitement curateur si important que le médecin doit toujours penser à sa possibilité.

La bibliographie de la médiastinite syphilitique est peu copieuse, car elle se confond avec celle de la médiastinite chronique. La plupart des auteurs reconnaissent très volontiers la syphilis comme une cause fréquente de médiastinite, mais les observations demeurent toujours rares, et surtout leur vérification anatomique pour permettre de préciser la nature de

ces syndromes médiastinaux essentiellement polymorphes et souvent d'étiologie complexe.

Dès 1855, Oulmont (1) dans son *Mémoire sur les oblitérations de la veine cave supérieure* signalait que l'anévrysme de l'aorte pouvait comprimer les veines par sa seule présence, mais que, plus souvent, il y avait des lésions de tous les tissus avoisinant l'aorte et particulièrement des vaisseaux, des veines surtout. Il rappelle une observation caractéristique de Martin Solon, publiée en 1836, dans les *Archives générales de Médecine*. Chez un individu mort après avoir présenté des signes de compression de la veine cave supérieure, cet auteur avait constaté l'oblitération complète de la veine cave supérieure dont le tissu était entièrement confondu avec les parois d'un anévrysme de l'aorte ascendante, et la disparition du tronc veineux brachio-céphalique gauche sur une étendue de deux pouces. Aorte et veine se trouvaient entourées d'un tissu fibreux, dense occupant une partie du médiastin antérieur et supérieur. A cette époque on ignorait encore les relations de l'anévrysme aortique et de la médiastinite avec la syphilis, mais « si l'on songe que cette oblitération de la veine cave supérieure peut être la conséquence de véritable syphilome diffus du médiastin accessible au traitement spécifique, on voit que le pronostic n'est pas aussi constamment fatal que le pensait Oul-

1. Oulmont, *Bulletin de la Société médicale d'observations*, 1855.

mont ». (Sergent). En 1890, Raymond (1), rapporta à la Société médicale des hopitaux, l'observation d'un malade mort, en quelques jours, d'asphyxie suffocante et à l'autopsie duquel on trouva des lésions syphilitiques tertiaires de la trachée et des bronches avec envahissement du médiastin, adénopathie péri-trachéale, compression du récurrent droit et rétrécissement de la trachée par une tumeur adhérente aux tissus voisins. Cette tumeur, formée d'un tissu d'apparence vitreuse, résistant, présentait dans son épaisseur quelques noyaux plus durs, criant sous le scalpel et quatre ou cinq petits foyers de ramollissement du volume d'un haricot renfermant une matière caséuse semi-liquide.

Le foie présentait plusieurs gomme en voie de ramollissement. La syphilis remontait à dix-huit ans et avait été très mal soignée.

Nous trouvons particulièrement intéressante une observation de Comby (2) relative à un malade qui fut présenté une première fois à la Société Médicale des hôpitaux en 1892 pour oblitération de la veine cave supérieure avec accès d'étouffement et matité rétro-sternale. La syphilis remontait à six ans et avait été très négligée. Le malade qui se présentait dans un état alarmant : congestion de la face, trou-

1. Raymond, *Gazette des hôpitaux*, 12 juin 1890.

2. Comby. Société médicale des hôpitaux, janvier 1892, décembre 1893, février 1906.

bles de la vue et de l'ouïe, céphalée, épistaxis, accès de dyspnée avec angoisse et cyanose, œdème de la face et du cou, fut soumis au traitement mercuriel intensif. Une amélioration considérable en résultat et coïncida avec le développement d'une circulation collatérale des plus nettes. Sept ans après, le malade ne présentait aucun trouble fonctionnel, mais la circulation collatérale persistait « exubérante et magnifique ». Le malade mourut de paralysie générale en 1906. L'autopsie montra le médiastin antérieur rempli par un amas de tissu fibro-adipeux intimement adhérent à la trachée, aux bronches et aux gros troncs vasculaires, notamment à la veine cave supérieure. La paralysie générale rendait très probable l'origine syphilitique de cette médiastinite, et, d'ailleurs le développement de la circulation collatérale avait succédé à la mise en œuvre du traitement spécifique.

Dans un autre cas rapporté à la même époque par M. Barth, on avait songé à une adénopathie tuberculeuse. « Il s'agissait d'une femme de vingt-cinq à vingt-huit ans qui me fut adressée par le Dr Dufour (de Plaisance) pour des symptômes faisant soupçonner une tumeur du médiastin (toux quinteuse, cornage, respiration humée au niveau de la grosse bronche droite, cyanose du visage, et des membres supérieurs, etc). Je diagnostiquai une adénopathie trachéo-bronchique probablement tuberculeuse, avec compression de la bronche droite et de la veine cave supérieure, et j'instituai un traitement par les

injections de cacodylate de soude et de sirop d'iode de fer.

Ce traitement était suivi depuis deux mois sans grand résultat; quand la malade me fit voir une arthropathie du genou, dont les caractères très particuliers me firent songer à la syphilis. En effet, un traitement mixte en amena la guérison rapide, mais ce qu'il y a d'intéressant, c'est qu'il provoqua aussi la rétrocession graduelle des signes de compression de la bronche droite et de congestion du poumon correspondant; le cornage et la toux quinteuse disparurent, quant à la cyanose du visage, elle s'atténua seulement à mesure que se développait sur la poitrine une circulation collatérale énorme, indice de l'oblitération graduelle de la veine cave supérieure.

« La malade quitta l'hôpital en bonne santé; elle est revenue me voir plusieurs fois depuis: la circulation collatérale persiste toujours aussi intense; il n'y a aucun trouble fonctionnel, mais la tête et les membres supérieurs se cyanosent au moindre effort.

« Il me paraît évident que cette femme a été atteinte d'une gomme ou, pour mieux dire, d'un syphilome du médiastin qui a rétréci, puis oblitéré la veine cave supérieure, assez lentement pour permettre à la circulation collatérale de s'établir. »

Comme le fait remarquer M. Sergent à propos de cette observation, il est intéressant de constater que sans l'arthropathie du genou qui, par ses caractères particuliers fit songer à la syphilis, la médiastinite

prise pour une adénopathie tuberculeuse aurait continué son évolution et vraisemblablement entraîné la mort.

Dans une observation de MM. Thiroloix (1) et Miginiac que nous rapportons à la fin de notre thèse, il s'agissait d'une femme de cinquante-quatre ans, atteinte depuis six mois d'une dyspnée continue à paroxysmes, avec léger cornage et ébauche de tirage. La percussion montrait une zone mate et vibrante entre les omoplates, mais pas de dysphagie, pas de troubles de la voix, pas de circulation collatérale. On songea à une adénopathie péri-trachéo-bronchique tuberculeuse, d'autant que la malade niait absolument la syphilis et n'en offrait aucun stigmate. La dyspnée devint de plus en plus vive, les crises de suffocation plus fréquentes, et la malade succomba dans le coma. L'autopsie montra une médiastinite calleuse, unissant intimement en un bloc inséparable les poumons, la trachée, les bronches et le cœur.

On apprit que la malade avait eu la syphilis douze ans auparavant.

Nous trouvons dans le *Manuel de pathologie interne* de Dieulafoy une observation de médiastinite syphilitique publiée antérieurement dans la *Presse Médicale* (2). Ils s'agissait d'un homme de soixante-trois

1. Thiroloix et Miginiac, Société médicale des hôpitaux 10 juin 1910.

2. Dieulafoy, *Étude sur la médiastinite syphilitique* (*Presse médicale*, 30 novembre 1910).

ans, présentant depuis plusieurs mois les signes d'une compression de la veine cave supérieure avec paralysie de la corde vocale droite, dyspnée, œdème du cou et des membres supérieurs, dysphagie. La radioscopie et la radiographie ne fournirent que des renseignements sans importance. En l'absence d'étiologie appréciable et en raison des troubles de compression graves, on se proposait d'intervenir chirurgicalement (résections des cartilages costaux), quand on résolut de pratiquer, au préalable, le traitement mercuriel. Cette thérapeutique amena « une amélioration incroyable, progressant à vue d'œil » et en quelques semaines le malade que l'on avait vu s'acheminer vers l'asphyxie, put reprendre son travail. La syphilis était dans ce cas parfaitement ignorée. Gault et Lucien (1) (de Dijon) chez un homme de quarante ans virent se développer une paralysie de la corde vocale gauche, une circulation veineuse sous-cutanée très accentuée sur la paroi thoracique à gauche et sur le bras du même côté avec œdème énorme des mêmes régions. Le sujet étant syphilitique, le traitement mercuriel et ioduré fut institué et les accidents ont parfaitement guéri, le malade conservant seulement un peu de raucité de la voix.

A l'étranger quelques auteurs ont publié des

1. Gault et Lucien, *Annales des maladies de l'oreille, du larynx et du nez*, août 1911.

observations analogues. Case (1) attire l'attention sur des symptômes d'oblitérations de la veine cave supérieure et de paralysie de la corde vocale gauche occasionnée chez un adulte par une médiastinite syphilitique.

Buttino (2) rapporte un cas de tumeur syphilitique du médiastin chez un homme de soixante-six ans, diagnostic confirmé par l'examen radioscopique.

En Allemagne, Schünemann (3) étudie un cas de médiastino-péricardite syphilitique chez un homme de cinquante-huit ans, à l'autopsie duquel on trouva, en outre d'adhérences pleuro-péricardiques, une tumeur au niveau du hile du poumon droit « large comme la paume de la main, molle, translucide, blanchâtre, renfermant des noyaux indurés » que l'auteur attribue à la syphilis. Le malade présentait en outre une lésion gommeuse du rectum et une exostose crânienne vraisemblablement de même nature.

Radonjic, dans le travail déjà cité rapporte l'observation détaillée d'un homme de quarante-deux ans, syphilitique, mort très rapidement d'asphyxie suffocante avec dilatation cardiaque et signe d'Oliver-Cardarelli très net. La réaction de Wassermann

1. Case, *Médiastinite syphilitique* (Guy's. Hosp. Gaz London, 1908).

2. Buttino, *Médiastinite syphilitique* (Rev. int. crit. di clinic med. Firenze, janvier 1908).

3. Schünemann, *Allgemeine medizinische central Zeitung*, juin 1911.

pratiquée par MM. Georgevie et Savnick était positive, la tuberculo-réaction par contre était négative. L'autopsie révéla une périviscéríte médiastinale très étendue, des adhérences pleuro-périardiques, une soudure complète du cœur au péricarde et la transformation fibreuse au tissu intervasculaire de la base du cœur. Radonicic attribue cette médiastinite à la syphilis en raison de la coexistence chez le malade d'un sarcocèle, d'une périostose du tibia gauche et des résultats de la réaction de Wassermann et de la tuberculo-réaction.

Roynton (1) attribue à la syphilis une médiastinite survenue chez un homme de soixante-quatorze ans. La maladie se caractérisait par une dyspnée intense qui durait depuis six mois, s'accompagnant de douleurs thoraciques très vives et de dilatations veineuses en « tête de méduse » sur la partie antérieure du thorax. Tous ces phénomènes s'amendèrent sous l'influence du traitement spécifique. Les douleurs et la dyspnée disparurent, mais de nouvelles veines se formèrent à la surface du thorax.

Récemment, Oulmont et Delort (2) rapportent une observation de médiastinite chronique syphilitique avec compression de l'azygos, chez une femme présentant des accidents tertiaires.

1. Roynton (*Lancet*, 28 janvier 1911, p. 236.)

2. Oulmont et Delort, *Médiastinite syphilitique* (Société méd. des Hôpitaux, 7 juin 1912).

Babonneix et Baron (1) publient une observation de compression du tronc veineux brachio-céphalique droit, chez une malade atteinte d'anévrysme de l'aorte. Présentant, à son entrée à l'hôpital, une dyspnée vive avec toux spasmodique et gonflement œdémateux du sein et du membre supérieur droit, la malade fut soumise au traitement spécifique. Rapidement, la dyspnée s'atténua, le gonflement du cou et du bras disparut ; les signes anévrysmaux et la voussure thoracique ne furent pas modifiés. Les auteurs admettent que dans ce cas « ce n'était pas seulement la poche anévrysmale qui comprimait la veine brachio-céphalique, mais plus exactement une inflammation spécifique du médiastin développée autour de l'anévrysme et qui aura régressé sous l'influence du traitement spécifique ».

M. Sergent (2) a particulièrement étudié ces rapports de la médiastinitesymphilitique avec l'anévrysme de l'aorte et nous trouvons, dans ses Conférences de la Charité, une observation des plus nettes. Il s'agissait d'une femme, de quarante-huit ans, atteinte d'anévrysme de l'aorte avec paralysie récurrentielle, signe d'Argyl-Robertson avec inégalité pupillaire, tendance à la dyspnée et légère cyanose des lèvres. La radioscopie démontrait que tout le médiastin était opaque et qu'il n'existait aucun foyer d'expansion

1. Babonneix et Baron, *Gazette des Hôpitaux*, 30 janvier 1912.

2. Sergent, *Presse médicale*, 3 juillet 1912.

anormale. La malade fut soumise au traitement hydrargyrique et ioduré. Peu à peu se produisit « une atténuation des symptômes, en même temps qu'une amélioration de l'état général. Et, lorsque quelques semaines après, nous fîmes un nouvel examen radioscopique, nous pûmes constater la présence d'un foyer de battements expansifs, très visibles, incontestables, dans la concavité de la crosse aortique, alors que tout autour, le médiastin apparaissait clair. Cette femme avait donc bien été atteinte de médiastinite, mais ceci ne l'empêchait pas de porter, en même temps, un anévrysme de l'aorte. Si elle a été améliorée, elle n'est pas guérie complètement ; elle conserve encore sa paralysie récurrentielle et sa voix bitonale rauque ; elle conserve également ses signes de compression de la bronche gauche et la petitesse de son pouls radial gauche ; mais son oppression est moindre et son facies n'exprime plus la même anxiété. Comment interpréter cette évolution, sinon en reconnaissant, ainsi que l'établissent les examens radioscopiques successifs, que l'anévrysme de l'aorte persiste, tandis qu'a disparu l'inflammation du tissu médiastinal qui l'entourait ».

Personnellement, nous avons eu l'occasion d'observer, avec le Dr Lacapère, un cas de médiastinite syphilitique chez un homme de quarante-deux ans. La compression médiastinale se traduisait par une tuméfaction de la jugulaire du côté gauche, de l'œdème au bras gauche avec développement très marqué d'arborisations veineuses superficielles, dou-

leur thoracique diffuse et chez lequel l'examen radiographique révélait une ombre médiastinale supra-cardiaque gauche, du volume du poing, et devant intéresser le tronc veineux brachio-céphalique gauche. Tous ces troubles qui mettaient le malade dans l'impossibilité de se livrer à aucun travail et qui lui firent passer cinquante-deux nuits sans sommeil, en proie à une dyspnée paroxystique et douloureuse, furent considérablement améliorés par le traitement mixte arséno-mercuriel. Chez une autre malade, que nous avons observée avec le Dr Baudoin, il s'agissait d'un syndrome médiastinal imprécis : accès de suffocation avec angoisse et cyanose, voussure de la partie supérieure gauche du thorax, troubles de la voix, aphonie passagère, aucun signe d'anévrisme. La radiographie révéla une ombre du volume d'une noix, très opaque, bien circonscrite, au-dessus du cœur, dans le voisinage de la trachée. La malade ayant fait, quelques mois auparavant, un séjour à l'hôpital de la Pitié et ayant éprouvé une amélioration certaine après des injections mercurielles, on pratiqua la séro-réaction de Wassermann. Elle fut nettement positive (Dr Gastou). On commença le traitement antisyphilitique. Tous les troubles fonctionnels s'amendèrent, la voix redevint normale, les accès de suffocation s'espacèrent et furent beaucoup moins violents. La voussure thoracique fut peu modifiée.

Pour terminer cet exposé nous citerons les articles récents de MM. Lian et Baron parus dans le *Progrès*

Médical (novembre 1912) et la thèse de M. Sébilotte sur les « Médiastinites chroniques ». Ces auteurs rapportent plusieurs observations de médiastinite syphilitique dont nous donnons le résumé à la fin de notre thèse. Nous remercions vivement M. Lian d'avoir mis à notre disposition les clichés qui figurent dans notre travail et qui reproduisent si heureusement les différents types de circulation complémentaire de l'obstruction cave supérieure.

La médiastinite syphilitique est une affection plus fréquente qu'on ne le pense. D'entre toutes les affections du médiastin, c'est celle dont le pronostic est le moins redoutable, puisqu'elle obéit au traitement spécifique. Son diagnostic est facilité par les données de la radioscopie et la séro-réaction de Wassermann. C'est souvent parce qu'on méconnaît sa possibilité qu'on n'envisage pas son diagnostic.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Un certain nombre d'autopsies ont révélé l'existence de lésions manifestement syphilitiques chez des malades atteints d'un syndrome médiastinal. Il n'est pas douteux que dans de nombreux cas, ces lésions ont pu rester méconnues, faute d'autopsie. D'autre part, la tolérance très prolongée des lésions, leur amélioration souvent considérable sous l'influence du traitement font que des observations de ce genre resteront toujours peu nombreuses.

Sergent, chez un malade entré dans le service de Gingeot, pour une dyspnée atroce, qu'une trachéotomie immédiate fut impuissante à soulager, constata à l'autopsie « l'existence d'un énorme syphilome médiastinal comprimant les bronches et la trachée, qui en outre étaient le siège de lésions scléro-gommeuses sténosantes encore en activité ». Chez le malade de Comby, l'autopsie pratiquée par MM. Vigouroux et Collet (1), de l'Asile de Vaucluse révéla en dehors des lésions classiques de la paralysie générale et du tabès « un médiastin antérieur rempli par un épais

1. Vigouroux et Collet. Société méd. des hôpitaux, 9 février 1906.

amas de tissu fibro-adipeux intimement adhérent à la trachée, aux bronches, à la surface externe du péricarde et aux gros troncs vasculaires, notamment à la veine cave supérieure ». La malade de MM. Thiroloix et Miginiac présentait » une médiastinite calleuse du volume du poing, unissant intimement en un bloc inséparable les poumons, la trachée, les bronches et le cœur. Tout autour des voies aériennes on voit une couche de tissu lardacé. Il s'agit de dilatation bronchique spécifique. Les coupes faites dans le bloc médiastinal et dans le hile montrent : des ganglions noirs anthracosiques et des gommes syphilitiques dures, fermes, élastiques, grisâtres et jaunâtres, ayant des volumes divers (pois, lentilles, amandes). Au hile droit une gomme est plus volumineuse encore. Dans chaque poumon près du hile on trouve quatre ou cinq gommes ayant le même aspect que celles du médiastin, encerclées dans des gangues fibreuses. La masse scléro-gommeuse du médiastin s'étale sous la crosse de l'aorte et irradie vers les oreillettes qui tiennent à cette masse. A coup de ciseaux on sculpte les oreillettes et sur la tranche on voit de grosses gommes (volume d'une amande). Les parois ventriculaires sont souples, rouges, charnues. Au toucher les parois auriculaires sont rigides comme du carton, leur couleur est grisâtre, mastic ; leur surface est bosselée, renflée par place par des saillies qui, à la coupe sont des gommes grosses comme des noix. Les parois des deux oreillettes sont bourrées de ces gommes. Les parois des

ventricules sont intactes. Le septum interventriculaire est sain, le septum inter-auriculaire est rigide et gommeux. Le péricarde et l'endocarde sont sains. L'aorte présente une volumineuse gomme dans sa tunique externe. A son origine, sur sa face endothéliale, on voit quelques stries jaunâtres sans pavés d'athérome.

Le foie est profondément altéré ; il est ficelé, échancré par des scissures dont l'une atteint un centimètre de profondeur sur son bord tranchant. A la coupe, on voit plusieurs gommés syphilitiques caractéristiques abondantes surtout sous l'insertion hépatique du ligament suspenseur du foie (douze gommés de volume variable). Les ganglions mésentériques sont tuméfiés, quelques-uns sont gommeux. » Ces lésions rentrent bien dans le cadre de la syphilis tertiaire classique. Ces gommés enclavées dans une gangue fibreuse, de volume variable, rondes, sèches, nettes, dures, bien limitées sont caractéristiques. D'après M. Thiroloix le processus gommeux semble avoir débuté dans le tissu cellulaire péribronchique et péri-trachéal et s'être étendu dans le médiastin en progressant de haut en bas, englobant les bronches, attaquant le cœur et les poumons. Dans l'observation de M. Raymond « la tumeur était formée par un ganglion du groupe supérieur des ganglions péri-trachéo-laryngiens, ganglions très petits à l'état normal, mais dont l'un avait atteint un volume considérable. »

La médiastinite syphilitique est une manifestation

tertiaire, tardive, dont le point de départ est souvent difficile à déterminer. Elle peut succéder à des lésions trachéo-bronchiques, pleuro-pulmonaires ou cardiaques. Chez l'enfant, selon Hutinel, les lésions se déclarent souvent à la partie supérieure de l'abdomen et plus particulièrement dans le foie. La médiastinite se constitue alors par voie ascendante, consécutive à une syphilis hépatique scléro-gommeuse héréditaire.

La caractéristique de la syphilis tertiaire est l'hyperplasie du tissu conjonctif succédant à une irritation chronique de ce même tissu. Ce n'est que plus tard qu'apparaissent les gommès ou lésions destructives. Dans le médiastin, le début de cette hyperplasie peut se faire dans la tunique externe des petites artères ou aux dépens des vaso-vasorum des gros vaisseaux « l'artérite étant toujours l'élément le plus fréquent et le plus important de l'activité syphilitique » (Audry). La médiastinite peut être concomittante de l'anévrisme de l'aorte. Dans les observations de Solon, de Sergent, de Babonneix et Baron il semble bien qu'il se soit développé à la fois une syphilis gommeuse des parois aortiques, ayant abouti à la formation rapide d'un anévrisme suivant le processus que Benda, dans son rapport au *Congrès pour l'avancement des sciences en Allemagne* (1903) sur l'histologie des lésions des maladies de l'aorte, signale comme le plus habituel dans le développement des ectasies aortiques en même temps qu'une syphilis médiastinale péri-anévrysmale ayant déter-

miné des troubles de compression périphérique. Le tréponème peut frapper indistinctement par groupements ou isolément, toutes les tuniques artérielles. Reuter, Schmorl, Wright et Richardson, Sézary (1) ont pu l'isoler au niveau d'aortite et d'artérites syphilitiques.

Il est aussi logique d'admettre une origine veineuse « les phlébites syphilitiques sont presque aussi fréquentes que les artérites » (Audry). La veine cave supérieure nous paraît être un siège de prédilection du syphilome gommeux.

Dans les observations de Comby, de Oulmont, il ne s'agissait pas d'une simple compression veineuse, mais d'un envahissement de la paroi veineuse par des lésions scléro-gommeuses médiastinales avec phlébite oblitérante analogues aux faits décrits par Gosselin, Langenbeck, Dowse, Lancereaux pour la saphène externe, la jugulaire, la fémorale. Dans le cas de Comby, la veine cave supérieure n'était pas plus grosse qu'une humérale au pli du coude. Parfois même la veine est représentée par un cordon fibreux plein, en partie calcifié. Les lésions se poursuivent souvent dans les troncs veineux brachio-céphaliques qui peuvent être complètement oblitérés. La thrombo-phlébite peut, d'ailleurs, respecter la veine cave supérieure et intéresser seulement l'un des troncs veineux brachio-céphaliques droit ou gauche,

1. Sézary, *Histo-Microbiologie de l'artérite syphilitique* (*Presse médicale*, 10 décembre 1910).

comme ce fut le cas chez la malade de Babonneix et Baron et chez le malade que nous avons observé avec le Dr Lacapère.

La médiastinite syphilitique est le plus souvent limitée. Naissant aux dépens du tissu conjonctif péri-trachéal, péri-bronchique, péri-cave, péri-aortique, elle évolue sous forme de syphilome scléro-gommeux et ne se révèle que par les troubles de compression qu'elle peut déterminer au niveau de ces différents organes. Elle peut être associée à des manifestations tertiaires portant sur les ganglions du médiastin, sur le poumon, sur les plèvres, sur le péricarde réalisant le type de la médiastinite calleuse dont l'observation de Radonicic, nous semble être un exemple frappant. Dans cette forme l'envahissement fibreux du tissu cellulaire du médiastin est tellement diffus qu'il est impossible d'en reconnaître le point de départ. Cette forme de médiastinite calleuse est le plus généralement attribuée à la tuberculose, et cette étiologie semble prédominante chez l'enfant, où d'ailleurs les lésions de nature tuberculeuse peuvent évoluer sur un terrain préparé par l'hérédo-syphilis.

Chez un petit malade atteint de médiastinite mixte, tuberculeuse et syphilitique, Nobécourt et Pisseau ont observé à l'examen microscopique du tissu médiastinal une alternance de zones claires et de zones opaques. Les zones claires étaient centrées par un vaisseau de néoformation perméable autour duquel se disposaient des éléments figurés assez clairsemés : cellules fixes du tissu conjonctif et élé-

ments mononucléés. Au centre des zones opaques on trouvait des artérioles oblitérées transformées en masse fibreuse vivement colorées en rouge par le Van Gieson. Autour se disposait un tissu réticulé très dense et renfermant de nombreuses hématies, plus ou moins altérées et parfois de petits foyers hémorragiques. Dans ce tissu on trouvait, disséminées, des formations tuberculeuses manifestes (cellules géantes, cellules épithélioïdes), mais les lésions artérielles et périartérielles ne peuvent s'expliquer que par la participation de la syphilis à ce complexe anatomique.

Chez l'adulte, les scléroses médiastinales diffuses sont plutôt « l'apanage de la syphilis que de la tuberculose » (Letulle).

Si, quelquefois la médiastinite n'est qu'un épiphénomène au cours de manifestations tertiaires portant sur les ganglions, la trachée, les bronches, les plèvres ou le poumon, le plus souvent elle est d'origine vasculaire au péri-vasculaire. Elle réalise, au dépens du tissu cellulaire du médiastin, le type du syphilome scléro-gommeux diffus.

Le processus gommeux ne présente rien de particulier, mais la sclérose toujours abondante envahit les vaisseaux et les nerfs, comprime les organes, modifie les rapports anatomiques et ne tarde pas à provoquer des troubles sérieux.

ÉTUDE CLINIQUE

En dehors des cas de lésions mixtes, créés par la tuberculose chez des hérédosyphilitiques, la médiastinite syphilitique de l'enfant est exceptionnelle. On peut observer à cet âge des adénopathies médiastines améliorées par le traitement mercuriel et dans la formation desquelles la syphilis paraît jouer un certain rôle, mais la médiastinite syphilitique telle qu'on l'observe chez l'adulte, doit être une rareté et P. Lambour, dans sa thèse, inspirée par le professeur Hutinel, sur la « Médiastinite chronique chez l'enfant », ne rapporte aucune observation de médiastinite syphilitique.

C'est un accident de la période tertiaire, survenant le plus souvent chez des malades insuffisamment traités. La syphilis peut être ignorée, les malades étant de fort bonne foi. Dans son *Traité de la syphilis*, Fournier arrive à cette conclusion que la syphilis se présente ignorée chez l'homme dans la proportion de 3 o/o et chez la femme dans la proportion de 18 o/o environ.

L'application de la séro-réaction de Wassermann au diagnostic de la syphilis latente a démontré que

ces chiffres étaient au-dessous de la vérité, surtout en ce qui concerne la femme.

Quelle que soit la forme anatomique de la médiastinite syphilitique, elle peut affecter suivant ses localisations prédominantes un polymorphisme clinique varié, selon qu'elle comprime les vaisseaux, la trachée, les bronches, les nerfs, l'œsophage.

D'après l'anatomie du médiastin, il est facile de concevoir les troubles qui peuvent être observés suivant que la lésion existe ou prédomine en telle ou telle région.

Le *début* se fait le plus souvent d'une façon insidieuse et obscure. Les malades éprouvent dans le thorax une sensation plutôt gênante que douloureuse; puis les douleurs s'affirment, sourdes, profondes, tantôt continues, tantôt rémittentes avec des exacerbations. En même temps, on observe une gêne plus ou moins considérable de la respiration. Bientôt les douleurs s'accroissent davantage, la dyspnée est plus marquée, la toux survient, quelquefois convulsive et suffocante, elle s'accompagne souvent de l'expectoration de crachats spumeux ou visqueux.

Le syndrome médiastinal peut ainsi se constituer d'une façon lente et progressive, mais quelquefois c'est l'apparition rapide d'un symptôme important et suffisamment précis qui révèle la médiastinite. Ces symptômes sont évidemment ceux de toutes les compressions du médiastin. Nous insisterons particulièrement sur ceux qui dominent la symptomato-

logie des cas de médiastinite syphilitique rapportés par les différents auteurs. Parmi ceux-ci, les plus constants et les plus précoces sont des phénomènes de compression veineuse.

La compression de la veine cave supérieure et des troncs veineux brachio-céphaliques est le syndrome le plus fréquemment observé (Martin Solon, Comby, Barth, Dieulafoy, Dovies, Babonneix et Baron). Très rapidement on voit apparaître de la congestion de la face, surtout au moment des efforts. Quand le malade se baisse, il est pris d'étourdissements et tomberait s'il ne se hâtait de se relever. La face est cyanosée, les lèvres et les oreilles sont violacées et froides, les yeux injectés et larmoyants. Le malade éprouve des vertiges, des épistaxis, de la céphalalgie, des troubles de l'ouïe (obs. Comby, Dieulafoy).

Les veines du cou sont turgescents. Le malade que nous avons observé avec le Dr Lacapère présentait sur le trajet de la jugulaire externe gauche une tuméfaction du volume d'un œuf de pigeon, molle, facilement réductible et sans battements. L'œdème ne tarde pas à apparaître. Il peut être considérable, envahir successivement la face, le cou, la poitrine, les membres supérieurs. C'est un œdème dur, non dépressible, qui s'accompagne souvent d'une teinte violacée des téguments, de refroidissement et de troubles de la sensibilité. Peu à peu la circulation veineuse collatérale s'établit. Des marbrures bleuâtres apparaissent sur le devant de la poitrine, sur les épaules et sur les bras. Les veines

superficielles sont dilatées, exubérantes. Généralement elles n'apparaissent qu'après le commencement du traitement et persistent après la disparition des autres symptômes.

L'apparition de la circulation veineuse complémentaire est importante, car elle assure une voie de retour au sang veineux du territoire cave supérieure et permet ainsi la régression des troubles dus à l'obstruction veineuse. MM. Lian et Baron (1) ont étudié avec beaucoup de soins les systèmes anastomotiques veineux les plus fréquents au cours de la médiastinite syphilitique et grâce à leur obligeance nous pouvons rapporter le schéma d'une de leurs observations (fig. 1).

Chez cette malade « la circulation veineuse collatérale est particulièrement marquée à la face antérieure du thorax et aussi à la face antéro-interne du bras. Il y a là un lacis veineux très développé, où à côté de veinules, il y a des cordons veineux gros comme un porte-plume ou même comme le petit doigt. Tout ce riche lacis veineux semble se déverser dans deux grosses veines, qui descendent dans chaque flanc sur la paroi antérieure de l'abdomen pour aboutir à la racine de la cuisse dans les veines fémorales ».

Dans une autre observation de Castaigne rapportée par les mêmes auteurs (obs. 10) la circulation

1. Lian et Baron, *De la médiastinite syphilitique*. (*Progress médical*, novembre 1912).

complémentaire « est composée presque exclusivement d'une grosse veine serpentine qui part du

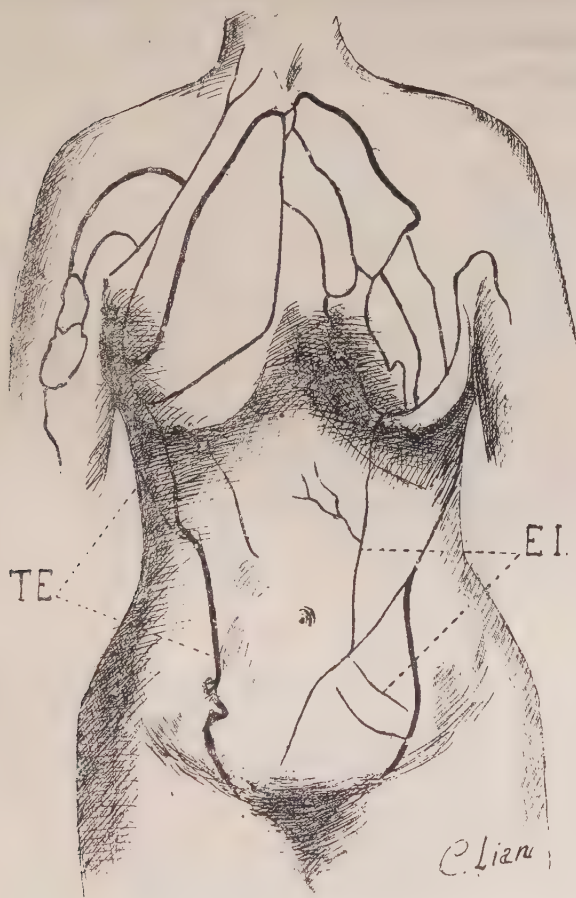


FIG. 1. — Circulation veineuse collatérale. Oblitération de la veine cave supérieure T. E. ; veine thoraco-épigastrique longue tégumenteuse de Braune. — E. I. : veine épigastrique inférieure tégumenteuse de Braune.

milieu de la région inguinale (veine épigastrique inférieure tégumenteuse de Braune), longe le bord

externe du grand droit, puis se continue (fig. II) avec une grosse veine superficielle thoracique qui passe au voisinage de la région mammaire et finit par aboutir au-dessus de la fourchette sternale ».

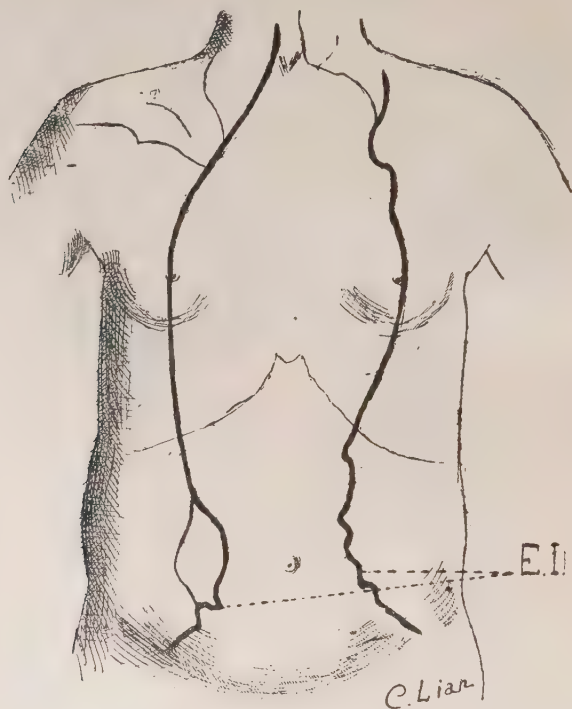


FIG. 2. — Circulation veineuse collatérale (Obs. II). Gêne de la circulation de retour dans le territoire de la veine cave supérieure. E. I. : Veine épigastrique inférieure tégumentouse de Braune.

Lorsqu'il y a seulement thrombophlébite d'un tronc veineux brachio-céphalique le lacis veineux est exclusivement développé dans les deux tiers supérieurs du thorax. Chez une malade de Oettinger dont l'observation est rapportée par MM. Lian et Baron

« le sang du territoire brachio-céphalique obstrué va se jeter par des perforantes, dans les veines mammaires internes du côté opposé et probablement dans les veines thoraciques inférieures tributaires de la veine axillaire du côté opposé ». Chez le malade

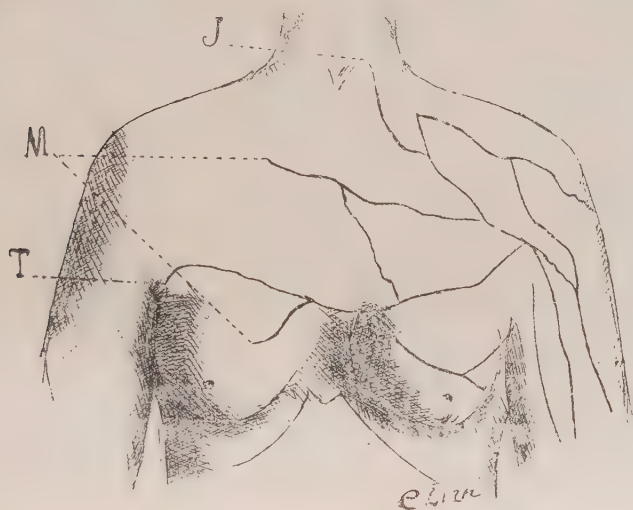


FIG. 3. — Circulation veineuse collatérale. Oblitération du tronc veineux brachio-céphalique gauche (Obs. XII). J: veine sous-cutanée aboutissant à la jugulaire antérieure. — M: veines sous-cutanées se terminant dans une perforante aboutissant aux veines mammaires internes droites. — T: veine sous-cutanée se terminant dans une perforante qui aboutit probablement aux veines thoraciques inférieures.

que nous avons observé avec le Dr Lacapère la circulation veineuse collatérale présentait un schéma à peu près analogue.

Les troubles laryngés et les paralysies récurrentielles sont souvent très précoces. Ils se traduisent par de la raucité de la voix (dysphonie), par des spasmes de la glotte. C'est d'abord de l'enrouement, puis la voix devient bitonale et rauque. Ces troubles

vocaux sont intermittents ou continus. Ils s'expliquent par la paralysie de la corde vocale correspondante au nerf récurrent lésé. En palpant légèrement le larynx entre le pouce et l'index au moment où l'on fait parler le malade à voix peu élevée, on sent fort bien que les vibrations glottiques transmises au doigt sont beaucoup moindres du côté de la paralysie vocale (Bonnier). L'examen laryngoscopique permet de constater l'immobilité et le relâchement de la corde vocale atteinte.

Avant d'aboutir à ce stade de paralysie, qui d'ailleurs peut survenir d'emblée, la compression des récurrents se manifeste parfois par des symptômes d'irritation des plus pénibles. Ce sont des accès de suffocation, de strangulation, d'aphonie, de pharyngisme et d'œsophagisme (obs. Dieulafoy) des plus inquiétants et qui peuvent faire songer à latrachéotomie.

Ces troubles laryngés peuvent s'associer à des phénomènes de dyspnée bronchique et réaliser le syndrome broncho-récurrentiel de l'anévrisme de l'aorte (type récurrent). En dehors des cas où la médiastinite est satellite de l'anévrisme, nous étudieront plus loin les signes différentiels de ces deux affections.

Les troubles respiratoires résultent de la compression de la trachée et des bronches. C'est d'abord de l'essoufflement à l'occasion d'un effort, mais rapidement une dyspnée permanente s'installe et par son importance domine tout le tableau clinique. La

malade de M. Thiroloix (obs. V) ne pouvait ni marcher, ni quitter son lit, ni s'étendre dans le décubitus dorsal. En état d'orthopnée permanente, elle devait nuit et jour rester assise sur son lit. Spontanément apparaissent des accès de dyspnée paroxysmique avec angoisse, la nuit surtout. Ces accès de suffocation sont en général de courte durée et ne s'accompagnent pas de douleur rétro-sternale. On peut observer une toux rauque et quinteuse qui, lorsque la compression des bronches et de la trachée est très accentuée s'accompagne d'une inspiration rude et sifflante, véritable *cornage*. La dyspnée peut être formidable (obs. Sergent), s'accompagner de tirage sus-sternal et épigastrique et déterminer le médecin à pratiquer une trachéotomie, qui d'ailleurs restera impuissante à amender la gêne respiratoire due à la compression trachéo-bronchique médiastinale. L'auscultation décèle une diminution notable de la respiration au niveau du poumon. La sonorité à la percussion et les vibrations sont conservées. Il est fréquent d'observer dans l'espace interscapulo-vertébrale, à l'expiration surtout, l'existence d'un souffle bronchique.

L'Inégalité pupillaire, le Myosis, le signe d'Argyll-Robertson sont signalés par plusieurs observateurs.

L'inégalité pupillaire, à elle seule n'a pas une valeur séméiologique spécifique. Elle peut être congénitale, peut être en rapport avec un vice de réfraction des milieux de l'œil, elle peut aussi exister au cours

d'affections pleuro-pulmonaires (1) aiguës (pneumonie, pleurésie franche, aiguë) ou chroniques (tuberculose du sommet, emphysème, symphyse pleuro-pulmonaire). Enfin, toutes les compressions du moteur oculaire commun (tumeurs de la base du crâne, méningite, tumeurs de l'orbite) peuvent la provoquer.

Lorsqu'elle procède de la syphilis, l'inégalité pupillaire s'accompagne d'altérations des réflexes pupillaires et quelquefois d'altération de la vision (névrite optique).

Le signe d'Argyll-Robertson, c'est-à-dire la disparition du réflexe d'accommodation à la lumière, avec conservation du réflexe d'accommodation à la distance a une valeur séméiologique considérable. Qu'elle soit associée ou non à des troubles pupillaires (inégalité ou myosis) l'abolition du réflexe à la lumière, quand elle est permanente, qu'elle n'est liée à aucune lésion des globes oculaires et qu'elle n'est pas associée à une lésion de la troisième paire est l'indice d'une altération du système nerveux central presque sûrement syphilitique (Babinski).

Nous voyons l'importance de ces différents signes pour le diagnostic différentiel des médiastinites. Bien que n'ayant aucun lien avec les troubles de compressions médiastinales, ils permettent en l'absence de tout autre signe d'en interpréter la nature.

1. E. Sergent, *L'inégalité pupillaire dans les affections pleuro-pulmonaires*. (*Progrès médical*, mai 1912).

A côté de ces troubles cardinaux dont l'ensemble constitue d'une façon assez précise le syndrome clinique réalisé par la médiastinite syphilitique, il est d'autres signes non pathognomoniques, mais d'une certaine importance pour le diagnostic différentiel de la médiastinite.

L'immobilité du larynx pendant la déglutition et la phonation (Demarquay) n'est qu'une conséquence de la perte d'élasticité du tube trachéal souvent fixé par des adhérences fibreuses très serrées.

Le pouls laryngé descendant ou signe d'Oliver-Cardarelli aurait pour Radonicic une valeur considérable. Pour rechercher ce signe, il faut, le malade étant assis et ayant la tête en extension, soulever légèrement le cartilage thyroïde avec la pousse et l'index de la main droite. On sent chaque pulsation aortique transmise au larynx sous forme d'une secousse de bas en haut. Considéré d'abord comme caractéristique de l'anévrisme de l'aorte, ce symptôme qui ne fait que traduire une exagération des battements aortiques ou un contact plus intime entre l'aorte et l'appareil trachéo-bronchique peut se rencontrer dans la simple dilatation de l'aorte, dans les tumeurs et adénopathies du médiastin et même dans certains cas de goître exophtalmique.

La rétraction systolique pluricostale de la région précordiale, *le signe de Wenckebach* (arrêt du déplacement en avant de l'extrémité inférieure du sternum à chaque inspiration) sont surtout observés

dans les cas de médiastino-péricardite ou de médiastinite calleuse très étendue.

L'examen du cœur peut donner des indications utiles. Le plus souvent les battements sont plus faibles, quelquefois sa pointe ne soulève plus la paroi thoracique, ses bruits s'entendent moins distinctement. On peut aussi observer un déplacement de cet organe. Lépine (1) a signalé un cas de dextrocardie chez une femme de quarante ans, tuberculeuse et syphilitique, qu'il explique par la rétraction du poumon droit « consécutive à une péribronchite syphilitique avec adhérences pleurales et médiastinite ». Dans une observation de M. Castaigne rapportée par MM. Lian et Baron (2) le malade présentait de la *tachycardie* « même le matin, alors que la température est peu élevée et qui persistera alors que la fièvre sera complètement disparue. Le pouls était en général à 120 ». Cette tachycardie fut interrompue par des périodes de *bradycardie*. Bien qu'il s'agissait d'un syphilitique notoire et que des lésions de tabès fruste (le malade a eu deux ictus laryngés) pouvaient expliquer ces modifications du rythme cardiaque, il est plus vraisemblable de les rattacher aux compressions et irritations nerveuses dues à la médiastinite.

On peut constater des bruits de souffle qui peuvent induire en erreur, conduisant à l'idée d'une

1. Lépine, Société médicale des Hôpitaux, 26 mai 1899.

2. Lian et Baron, *de la Médiastinite syphilitique* (Progrès médical, 16 novembre 1912).

altération du cœur et des gros vaisseaux qui n'existe pas. Pour juger de leur valeur, on auscultera souvent les malades, dans le décubitus dorsal et latéral et dans la position assise, le malade ayant le thorax fortement incliné en avant. Par ces examens répétés, on pourra voir s'évanouir des souffles dus aux déplacements et aux compressions vasculaires.

L'étude de la *pression artérielle* peut fournir certaines indications. Elle serait souvent différente à gauche et à droite (Radonicic) lorsque le malade est couché, parce que dans cette attitude, le diaphragme abaissé peut rétrécir certains vaisseaux auxquels il est relié par des tractus fibreux. Cette différence disparaîtrait, le sujet étant assis ou debout, car le diaphragme est alors plus élevé.

Küssmaul a décrit sous le nom de *pouls paradoxal* des pulsations radiales fréquentes, petites, ne disparaissant jamais complètement, mais s'affaiblissant pendant l'inspiration. Griesinger l'attribuait déjà à des brides fibreuses entourant les vaisseaux et les reliant au sternum. Küssmaul l'explique aussi par des tractions exercées sur l'aorte lors de l'ampliation respiratoire par des adhérences médiastines. Ce signe n'est pas pathognomonique, car il existe normalement quand on respire profondément (Sommerbrodt) Il aurait une certaine valeur avec le gonflement inspiratoire des veines du cou, ce phénomène ne pouvant s'expliquer que par des brides fibreuses tirant sur la veine cave supérieure pour la rétrécir.

La médiastinite syphilitique est souvent compatible avec un bon état général. Cependant sous l'influence des troubles mécaniques apportés à la respiration et à la circulation, il peut devenir précaire. Souvent le malade maigrit et se cachectise,

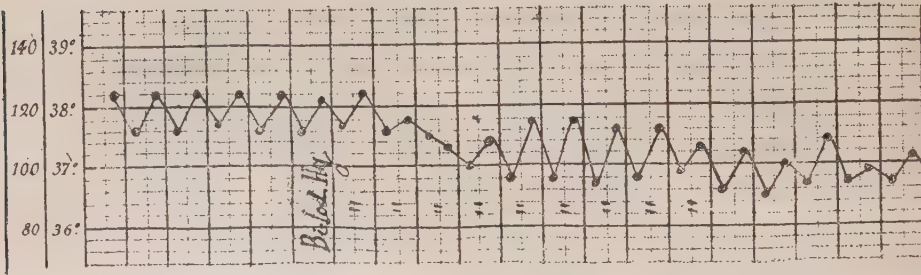


FIG. 4. — Courbe de température (Obs. X) avant et après le traitement mercuriel

prenant « l'aspect d'un phthisique à la dernière période ».

A moins de complications pleuro-pulmonaires, l'évolution de la maladie est apyrétique. Cependant, dans l'observation de Castaigne la *fièvre* constituait un des signes les plus importants. Pendant plus d'un an la température évolua autour de 38 degrés. Son retour à la normale coïncida avec le début de la cure mercurielle.

FORMES CLINIQUES

Suivant la prédominance de tel ou tel ensemble symptomatique, suivant son point de départ, et suivant son importance la médiastinite syphilitique peut présenter des aspects cliniques variables. Certains auteurs divisent les médiastinites en supérieures et inférieures, suivant qu'elles intéressent les vaisseaux (aorte, artère pulmonaire, veine cave supérieure) ou le cœur et le péricarde.

Nous trouvons plus exacte une division basée sur l'anatomie pathologique et la clinique et ainsi nous distinguerons :

La **forme veineuse** caractérisée par la thrombophlébite oblitérante de la veine cave supérieure ou des troncs veineux brachio-céphaliques. C'est la plus fréquente, la plus spéciale et la plus accessible au traitement. Nous avons décrit ses grands symptômes dans le chapitre précédent, nous n'y reviendrons pas.

La **forme respiratoire** résulte de la prédominance de la médiastinite au niveau du conduit trachéo-bronchique. Dans cette forme la dyspnée est formidable, le tirage et le cornage très marqués, les

paralysies récurrentielles précoces. Ce sont des formes graves dans lesquelles le traitement, même intensif, ne pourra pallier à l'asphyxie menaçante et d'origine purement mécanique.

Les **formes frustes** sont très fréquentes et très intéressantes à connaître. C'est un des éléments du syndrome médiastinal (dysphonie, toux coqueluchoïde, dyspnée paroxystique, ébauche de circulation collatérale) qui attire l'attention du médecin. Elles peuvent rester très limitées et pour le diagnostic de ces formes frustes la séro-réaction de Wassermann sera d'un précieux secours.

Souvent même la véritable nature des troubles morbides observés ne se vérifie que par les résultats du traitement d'épreuve.

Les **formes associées** sont celles où la médiastinite ne survient que comme épiphénomène d'une autre lésion syphilitique du médiastin. La plus intéressante de ces formes est celle qui accompagne l'anévrisme de l'aorte.

La médiastinite et l'ectasie aortique donnent les mêmes symptômes de compression, mais tandis que la médiastinite est très amendable par le traitement, l'anévrisme se modifie peu.

M. Sergent insiste, à juste titre, sur l'importance des explorations radioscopiques répétées, seules capables de conduire au diagnostic de cette association. Chez une de ses malades (1) un premier examen

1. Sergent. *Médiastinite syphilitique et anévrisme de l'aorte* (*Presse médicale*, 3 juillet 1912).

radioscopique, « avait démontré que tout le médiastin était opaque et qu'il n'existait aucun foyer d'expansion anormale ». Après quelques semaines de traitement mercuriel, la plupart des symptômes furent améliorés et un nouvel examen radioscopique permit de constater « la présence d'un foyer de mouvements expansifs, très visibles, incontestables, dans la concavité de la crosse aortique, alors que tout autour le médiastin apparaissait clair ».

Cette notion de la coexistence fréquente de médiastinite au cours de l'anévrisme de l'aorte a une importance clinique et thérapeutique considérable. Elle permet d'interpréter certains résultats de la radioscopie, et elle indique formellement la cure mercurielle prolongée chez les malades atteints d'ectasie aortique présentant des phénomènes de compression médiastinale.

La médiastinite des sujets syphilitiques et tuberculeux a été bien étudiée par M. Sergent (1), et nous en rapportons une observation due à cet auteur.

Il est difficile dans ces cas de savoir la part que prend chacune des deux maladies dans les lésions hybrides qu'elles déterminent. Faut-il admettre avec M. Sergent que les « syphilitiques sont beaucoup plus facilement tuberculisables que les non syphilitiques » ? Faut-il admettre pour ces lésions mixtes

1. Sergent. *La médiastinite chronique* (*Presse médicale*, 3 août 1912).

médiastinales le scrofulate de vérole de Ricord que les travaux de Leloir et de Lougin ont montré vrai pour certaines lésions cutanées ? Il n'en est pas moins démontré que ces lésions associées sont dans une certaine mesure améliorées par le traitement antisyphilitique et que chez un tuberculeux avéré le moindre soupçon de syphilis et surtout la séro-réaction de Wassermann positive en justifie l'emploi.

DIAGNOSTIC

En présence d'un malade atteint d'un syndrome médiastinal, il est important d'établir s'il s'agit d'une médiastinite et si la syphilis peut en être la cause. Dans les formes bien caractérisées, le diagnostic du syndrome médiastinal s'impose. La difficulté ne réside que dans le diagnostic différentiel des compressions du médiastin. C'est dans cette recherche que la radioscopie peut rendre des services importants.

De nombreux auteurs se sont occupés de la *radioscopie* dans l'étude des médiastinites. Radionicie dans son important travail s'y attache particulièrement pour en préciser la technique. « L'inspection du médiastin dit-il, réussit le mieux en projection oblique. On appelle, d'après Holzknacht, projection oblique, la façon dont les rayons traversent le corps des malades du côté gauche en arrière vers la droite en avant. La source lumineuse se trouve derrière l'épaule gauche, l'écran s'appuie contre la paroi thoracique droite en avant. Pour arriver à ce résultat, il faut que le malade effectue sur son propre axe une rotation de 45° vers la gauche. On voit à peu près au milieu de l'écran une ombre ayant la

forme d'une bande verticale, c'est la colonne vertébrale ; à gauche, la partie droite claire du poumon ; à droite, derrière l'ombre cardio-aortique, entre cette ombre et celle de la colonne vertébrale, une zone éclairée, longitudinale, c'est l'espace clair rétro-cardiaque ou médiastin postérieur.

Dans la médiastinite, la radioscopie révèle un élargissement de l'ombre cardio-aortique et un obscurcissement de l'espace clair médian rétro-cardiaque vu en position oblique. On peut observer des bandes fibreuses traversant le médiastin en des sens divers (Radonicic) et en particulier dans la médiastinite syphilitique « soit autour des gros vaisseaux, soit plus souvent à la partie supérieure de l'espace clair médian, une masse de volume variable, d'un œuf de pigeon à une mandarine, inégalement opaque, dont les contours sont assez flous (1) ».

La radiographie du malade que nous avons observé avec le Dr Lacapère présentait dans la région supra-cardiaque, à gauche de la ligne médiane, une ombre du volume du poing, très bien limitée et qui fut interprétée pour une gomme comprimant le tronc veineux brachio-céphalique gauche.

Dans les médiastinites inférieures (Lian et Baron) on constate la fixité de la pointe visible à l'écran, s'il y a symphyse et surtout un signe important décrit

1. Lian et Baron, *Les médiastinites chroniques*. (Paris, médical, 26 novembre 1912).

par Broadbent, la fixité de la pointe à la paroi sterno-costale même dans les fortes inspirations.

Lorsque la médiastinite accompagne une ectasie aortique, les examens radioscopiques répétés seront du plus grand intérêt. Dans les premiers examens, tout le médiastin apparaît uniformément opaque et sous l'influence du traitement, à mesure que l'anévrysme se libère de sa gangue scléro-gommeuse, on verra apparaître un foyer de mouvements expansifs révélateur de la dilatation aortique.

La valeur diagnostique de la radioscopie est relative et dans certains cas ses résultats sont loin d'avoir une précision décisive. Cependant, elle permet de distinguer la médiastinite de l'anévrysme, comme nous venons de le voir et elle peut être fort utile pour la distinguer de l'adénopathie trachéo-bronchique et des tumeurs du médiastin. L'adénopathie trachéo-bronchique « se traduit par de petites taches sombres, grosses comme des noisettes, disséminées surtout aux hiles pulmonaires et toujours plus à droite qu'à gauche »; les tumeurs du médiastin donnent une ombre plus régulière, plus uniforme et plus étendue que la médiastinite.

Comme pour toute la syphilis viscérale, le *diagnostic étiologique* de la médiastinite syphilitique présente un double écueil. Il importe de savoir dépister la syphilis et ne pas considérer fatalement comme syphilitique toute affection qui survient chez un individu atteint de cette maladie.

Il se peut que le malade nie la syphilis de bonne

foi. Le diagnostic rétrospectif de la syphilis se fera par une enquête minutieuse des accidents antérieurs (chancre, éruptions, alopecies, céphalées) que le malade a pu présenter. Il est des cicatrices dont l'aspect est telle qu'elles représentent, en quelque sorte, « la signature laissée par la vérole ». Les syphilitides pigmentaires du cou surtout chez la femme peuvent être une indication fort utile. M. Sergent insiste, à juste titre, sur la recherche de la leucoplasie linguale, buccale ou commissurale et des troubles pupillaires. La valeur sémiologique de la leucoplasie est considérable, ses rapports étroits avec la syphilis sont bien connus. La valeur des troubles pupillaires et surtout du signed'Argyll-Robertson n'est pas moindre.

Souvent le diagnostic sera facilité par la coexistence d'autres manifestations syphilitiques. La malade de Barth présentait une arthropathie spécifique du genou; le malade de Raymond une hépatite scléro-gommeuse; un malade de M. Sergent (obs. VI) une onyxis généralisée.

La séro-réaction de Wassermann sera d'un précieux secours. Pour ces malades chez qui la syphilis est le plus souvent de vieille date, il sera bon de n'employer que des antigènes très sensibles, modifiés par l'adjonction de cholestérine, suivant la technique de M. Desmoulières. La valeur de la séro-réaction de Wassermann n'est pas absolue. Dans un cas rapporté par M. Nobécourt (1) de médiastinite tuber-

1. Nobécourt, *Médiastinite tuberculeuse* (Soc. Méd. des Hôpitaux, 16 décembre 1911).

culeuse chez un enfant hérédo-syphilitique, la réaction de Wassermann était positive et l'autopsie révéla des lésions manifestement tuberculeuses. Il doit en être ainsi dans toutes les formes associées syphilo-tuberculeuses et dans l'anévrysme de l'aorte. Lorsqu'elle est positive la séro-réaction, à part quelques rares exceptions est toujours l'indice d'une syphilis latente. Lorsqu'elle est négative, elle n'est pas une preuve de non syphilis. Les variations du Wassermann au cours de la syphilis sont aujourd'hui bien connues, le pourcentage de réactions positives chez les vieux syphilitiques, même avec des accidents, ne dépasse guère 30 o/o. C'est dans ces cas que le traitement d'épreuve devient un moyen de diagnostic important.

La séro-réaction de Wassermann positive permettra de distinguer la médiastinite syphilitique de la médiastinite cancéreuse banale qui le plus souvent accompagne les cancers de l'œsophage, de l'estomac ou du poumon.

La médiastinite rhumatismale s'observe surtout chez l'enfant, à titre de complication de l'endopéricardite et nous trouvons bien décrites dans un article de J. Carles (1), de Bordeaux, et dans les cliniques de Hutinel (2) ces *pancardites* infantiles, où les orifices (mitral et aortique) sont lésés, où le péricarde

1. J. Carles, *Journal de Médecine de Bordeaux*, 6 avril 1902,

2. Hutinel, *Bulletin Médical*, août 1911.

adhère au cœur d'un côté, aux plèvres de l'autre et où les adhérences de médiastinite adhésive entament l'artère pulmonaire, l'aorte, se propagent au sternum, au diaphragme, soudant entre eux les divers organes du médiastin et provoquant rapidement le syndrome de l'asystolie hépatique qui emporte ces malades. La syphilis n'est pas coutumière de ces péricardites généralisées, bien caractéristique du rhumatisme. Les antécédents de polyarthrite, les manifestations péricardiques et valvulaires, la séro-réaction aideront au diagnostic.

C'est également chez l'enfant que s'observe le plus fréquemment la *médiastinite tuberculeuse*. Car « contrairement à ce qui se passe chez l'adulte, c'est la bacillose qui en pathologie infantile occupe la première place, la syphilis ne vient que bien loin derrière elle » (Hutinel). Tantôt le point de départ de cette inflammation sournoise et progressivement sclérosante est une adénopathie médiastinite, un engorgement de ces ganglions qui plongent dans le péricarde. Cette séreuse, à leur contact, s'enflamme à son tour et parfois il se produit une symphyse péricardique. Le tissu cellulaire du médiastin se prend lui aussi et l'inflammation gagne bientôt la plèvre médiastinale: d'où une médiastinite chronique, tantôt contemporaine de lésions péricardiques et pleurales, tantôt isolée. D'autrefois, c'est une pleurésie, et de préférence une pleurésie gauche qui a débuté. Au lieu de se résoudre promptement, elle s'attarde, provoque des adhérences pleurales, puis l'inflamma-

tion se propage au médiastin et peut parvenir au péricarde (Hutinel).

Chez l'adulte la médiastinite tuberculeuse peut comme la syphilis réaliser le syndrome d'oblitération de la veine cave supérieure. MM. Sergent et Combier en ont rapporté une observation des plus nettes (1). Comme nous l'avons vu, elle peut aussi s'associer à la syphilis pour créer le syndrome médiastinal.

Le plus souvent le diagnostic de tuberculose s'imposera par l'évolution même de l'affection qui succédera à des lésions pleurales ou péricardiques connues, mais dans certains cas, il n'est aucun signe clinique, aucun procédé de laboratoire qui permettent de se faire une opinion bien précise et l'on ne peut que s'en rapporter au résultat du traitement d'épreuve.

L'adénopathie trachéo-bronchique isolée, est rarement assez prononcé chez l'adulte pour déterminer à elle seule des accidents médiastinaux. Quant à la lymphadénie médiastinale, elle s'accompagne d'hypertrophie des ganglions périphériques et de la rate et de modifications de la formule leucocytaire.

Le diagnostic différentiel le plus délicat est celui de la médiastinite avec l'anévrysme de l'aorte. Nous avons vu que la radioscopie seule permettrait de reconnaître les cas où ces deux affections coexistent. Lorsque l'anévrysme est isolé, c'est encore la radioscopie qui permettra de le distinguer d'une autre

1. Sergent et Combier, *Société médicale des Hôp.*, 16 février 1906.

variété de compression médiastinale. Le syndrome broncho-récurrentiel, la compression cave supérieure appartiennent aux deux affections. L'inégalité des pouls radiaux n'est pas pathognomonique de l'anévrysme. Babonneix et Baron (1) ont montré qu'elle pouvait s'expliquer par l'œdème unilatéral provoqué par la compression au tronc veineux brachio-céphalique par la médiastinite.

Le diagnostic des formes frustes est difficile et c'est dans ces cas qu'il faut savoir penser à la syphilis. C'est une paralysie récurrentielle, une gêne thoracique, de la toux coqueluchoïde, des crises asthmatiformes, de l'œdème d'un bras qui surviennent chez un individu bien portant et restent l'unique symptôme d'une maladie qu'on ne peut définir. Il faut souvent soupçonner la syphilis, s'aider du Wassermann et de la radioscopie, ne pas redouter l'usage du traitement d'épreuve.

1. Babonneix et Baron, *Gazette des Hôp.*, 30 janvier 1912.

PRONOSTIC ET TRAITEMENT

Le pronostic de la médiastinite syphilitique est sérieux en raison de la région particulièrement délicate où elle évolue et surtout parce qu'elle est, le plus souvent, méconnue et que c'est trop tardivement qu'on vient lui opposer un traitement approprié. C'est néanmoins la moins grave de toutes les médiastinites, car le médecin dispose envers elle d'une thérapeutique véritablement active. Le pronostic si grave de l'oblitération de la veine cave supérieure s'amende par la notion de cette possibilité d'une compression due à la syphilis. Les observations de Comby, de Barth, témoignent de guérison de malades qui seraient très probablement morts sans le traitement. Certains troubles fonctionnels dus à l'anévrysme de l'aorte peuvent être très améliorés lorsqu'ils dépendent d'un processus de médiastinite concomitant et accessible au traitement. Toutes les compressions au médiastin nerveuses, bronchiques, vasculaires, si graves lorsqu'elles sont dues au cancer ou à la tuberculose permettent quelque espoir lorsqu'on peut les rattacher à la syphilis.

L'efficacité du traitement dépend surtout de sa précocité. Il sera sans action sur des tissus fibreux,

déjà sclérosés ; il n'agira que sur des lésions gommeuses en évolution.

Il est capital de faire le diagnostic le plus tôt possible et en présence d'un syndrome médiastinal, si l'on soupçonne la syphilis, il faudra se hâter d'instituer un traitement mercuriel intensif.

On donnera la préférence aux sels solubles et l'on pratiquera des injections intra-musculaires de benzoate ou de biiodure de mercure à la dose de deux centigrammes par jour, par séries de quinze piqûres.

Le mercure convient à tous les malades, et l'élimination urinaire étant bonne, on peut continuer le traitement pendant plusieurs mois en laissant un repos d'une dizaine de jours entre chaque série d'injections.

Chez les syphilitiques tuberculeux, l'hectine pourra rendre des services. On pratiquera tous les jours une injection intra-musculaire de dix centigrammes pendant quinze jours.

Chez tous ces malades on se défiera beaucoup de l'iodure de potassium qui pourrait déterminer des poussées congestives et œdémateuses.

Quant au salvarsan, il peut être employé prudemment à petite dose, en cas d'échec du traitement par le mercure. M. Vaquez l'a expérimenté sans inconvénient chez des malades atteints d'ectasie aortique. On ne dépassera jamais la dose de 30 centigrammes hebdomadaire. On s'abstiendra de cette médication héroïque chez les cachectiques, les congestifs, les

malades trop âgés ou présentant des lésions très marquées du foie ou du rein.

Dans les cas de lésions trop anciennes, le traitement médical le mieux ordonné est impuissant et certains chirurgiens ont pratiqué la thoracotomie pour aller lever les adhérences fibro-scléreuse du médiastin.

Décrite sous le nom de cardiolyse par Brauer cette opération a été pratiquée en France par Lejars, Lecène, Hirtz et Delbet. Elle s'applique surtout à la médiastino-péricardite calleuse et à la symphyse du péricarde, mais ne change pas de technique pour toutes les médiastinites fibreuses.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Résumée)

(Comby, Société médicale des Hôpitaux, 8 janvier 1892,
15 décembre 1893, 9 février 1906.)

*Thrombo-phlébite de la veine cave supérieure et médiastinite
chez un syphilitique très irrégulièrement traité. — Amé-
lioration sous l'influence du traitement mercuriel. —
Survie de quatorze ans. — Mort par paralysie générale
et tabès. — Autopsie.*

M. X..., trente-six ans, boucher, entre à l'hôpital Tenon
le 5 décembre 1891.

Antécédents. — Fièvre typhoïde à douze ans, quelques
bronchites pendant l'hiver. Il y a six ans, notre malade
contracta un chancre qui fit son apparition huit jours
après un rapport extra-conjugal. Il se fit soigner par un
pharmacien qui lui donna des pilules et une potion. Il
aurait eu, peu de temps après, des maux de gorge, des
plaques anales, de l'alopécie au niveau des tempes.

Il y a dix-huit mois, des crises douloureuses se montrèrent.
Le malade éprouvait une sensation de constriction précor-
diale, les battements du cœur devenaient très rapides, la
vue se troublait et au bout de quelques secondes tout dispa-

raissait. Ces accès se répétaient sans cause occasionnelle appréciable.

Peu à peu apparurent sur le devant de la poitrine des marbrures bleuâtres qui ne sont autre chose que des dilatations veineuses. Depuis huit ou neuf mois la face se congestionne surtout au moment des efforts, le cou grossit, les yeux sont saillants et larmoyants, la vue est brouillée. En même temps le malade éprouve une sensation constrictive de la gorge et des picotements. Quand le malade se baisse, il tomberait s'il ne se hâtait de se relever ; en même temps la cyanose de la face augmente. Céphalée, épistaxis et dyspnée. Il y a quelques jours, après une marche modérée il fut pris d'un accès d'étouffement très violent avec angoisse et cyanose.

A l'hôpital, le malade est assis dans son lit, car il ne peut garder la position horizontale. On observe une turgescence du visage et le gonflement du cou. Œdème du thorax et des membres supérieurs. Face rouge, congestionnée, lèvres violacées. Pas de modifications de la vue ni de l'ouïe. La thrombose de la veine jugulaire externe gauche est très évidente ainsi que la thrombose de la veine axillaire du même côté.

Lacis veineux sur les côtés et au niveau des attaches du diaphragme, rien dans le dos.

Œdème des bras, de la face et de la lnette.

Rien au foie, pas d'albumine. Tachycardie (120 à 130). Souffle systolique à la base. Pas de tumeur expansive. Égalité des deux poulx. Pas de trouble de la phonation ; pas d'inégalité pupillaire.

Traitement. — Frictions mercurielles, KI, liqueur de Fowler.

Le gonflement du cou et de la face augmente, la dyspnée est plus forte. On supprime l'iodure de potassium. L'œdème de la face et du cou diminue (La nature de l'affection médiastinale reste indéterminée, mais le pronostic paraît redoutable).

En décembre 1893, le malade est relativement bien portant. Il se plaint de fatigue et d'oppression au moindre effort. Disparition des œdèmes et des troubles fonctionnels. Développement d'une magnifique circulation collatérale.

En février 1906 (quatorze ans après le début de ses troubles de compression médiastinale) le malade meurt à l'asile de Vaucluse où il était entré pour tabès et paralysie générale.

Autopsie. — Médiastinite calleuse. La veine cave supérieure et les troncs brachio-céphaliques sont transformés en cordons fibreux d'un volume très réduit. Bloc fibreux soudant la bronche droite, la veine cave et l'artère pulmonaire. Plusieurs nodules calcifiés.

OBSERVATION II (Résumée)

(Raymond, *Gazette des Hôpitaux*, 12 juin 1890.)

Syphilis tertiaire des voies respiratoires. — Adénopathie péri-trachéale ; compression du nerf récurrent droit et rétrécissement de la trachée. Syphilis du foie.

T... cinquante-quatre ans, entre à Lariboisière le 18 avril 1890. Il contracta la syphilis en 1872 et n'a pas suivi de traitement sérieux. Depuis trois mois, toux, gêne respiratoire, modifications de la voix, amaigrissement.

A son entrée à l'hôpital, il a l'aspect d'un tuberculeux cachectique, voix éteinte, dyspnée intense, mais exclusivement inspiratoire, cornage trachéal.

Quelques taches cuivrées, disséminées sur le corps.

La pression sur le côté droit de la trachée est douloureuse, on sent, en ce point, une tumeur qui se continue à la face postérieure, Rien au cœur, pas d'albumine.

Traitement. — Huit grammes d'iodure. Frictions mercurielles.

La dyspnée augmente ainsi que le cornage. Accès asphyxiques paroxystiques. Mort.

Autopsie. — Léger épanchement pleural. Noyaux de broncho-pneumonie. Englobant toute la partie droite et postérieure de la trachée est une tumeur volumineuse, oblongue dans le sens antéro-postérieur et vertical, ayant son plus grand diamètre dirigé de haut en bas et d'avant en arrière et mesurant 5 centimètres. Cette tumeur est aplatie sur la trachée : elle a une épaisseur de 2 centimètres ; elle est intimement unie aux tissus environnants et s'en laisse difficilement détacher. Très adhérente à la face latérale droite de la trachée, par toute sa surface elle comprime très fortement toute la surface de celle-ci.

La tumeur se laisse difficilement détacher de la trachée, mais elle est surtout adhérente en deux points, dont l'un quadrangulaire a 1 cm. 1/2 de long et autant de large et s'étend du deuxième au sixième anneau de la trachée, le second point d'adhérence à une forme arrondie. Une fois la tumeur détachée de la trachée, ces deux points présentent l'aspect d'ulcérations qui s'étendent en profondeur jusqu'aux anneaux cartilagineux. Dans ces deux ulcérations venaient

s'ouvrir deux foyers de ramollissement de la tumeur par lesquels elles avaient été creusées. La tumeur est formé d'un tissu d'apparence vitreux, résistant, présentant dans son épaisseur quelques noyaux plus durs.

Elle contient quatre ou cinq foyers de ramollissement renfermant une matière caséuse, semi-liquide; deux de ces foyer ramollis sont en contact avec la trachée. Cette tumeur englobe le récurrent droit; en son voisinage on trouve trois autres ganglions hypertrophiés.

Le diamètre de la trachée, est fortement rétréci. A l'intérieur de la trachée on voit de nombreuses nodosités papillomateuses. Pas d'ulcération.

Foie : renferme une gomme très volumineuse.

Rate : hypertrophiée.

Anévrismes miliaires dans le lobe pariétal supérieur gauche.

OBSERVATION III

(Dieulafoy, *Presse médicale*, 30 juin 1910.)

Médiastinite syphilitique

Le 11 avril 1910 entrant à l'Hôtel-Dieu, un homme de soixante-trois ans, couvreur de son métier. Depuis environ cinq mois s'étaient succédés une série de symptômes dont voici la description : le malade avait d'abord éprouvé une pesanteur de tête qui devint extrêmement pénible. Cette sensation de pesanteur était surtout accusée pendant le travail, alors que la tête était baissée, et au lit, à cause de la position horizontale. A la même époque survint de l'écoule-

ment de larmes sur son visage et par les narines, surtout quand le malade se courbait en avant. En même temps était survenue une diminution rapide de l'ouïe et une dysphagie si intense que l'alimentation due être réduite à du lait. Au moindre effort le malade était essoufflé. La voix faiblissait et devenait rauque. En février 1910 survint un œdème qui atteignit en quelques jours la partie inférieure de la face, le cou et les membres supérieurs. Les bras et les avant-bras sont énormes, les mains sont épaisses. Au cou, à la poitrine, dans le dos et aux bras, on constate une forte circulation veineuse complémentaire. Les jugulaires externes forment des cordons flexueux très distendus. De chaque côté de l'abdomen est une arcade veineuse volumineuse, jetée entre les veines épigastriques, les intercostales et les mammaires internes. Le sens du courant sanguin se fait de haut en bas, de la veine cave supérieure vers la veine cave inférieure.

Rien au cœur ni à l'aorte ; le rythme des pouls radiaux est régulier et synchrone. Le côté droit du thorax est moins sonore que le côté gauche, le murmure vésiculaire y est sensiblement affaibli. Pas de matité à la région interscapulaire. Pas de ganglions. La voix est rauque et bitonale ; à l'examen laryngoscopique, on voit que la corde vocale droite est paralysée, elle est immobile. En palpant le larynx, les vibrations glottiques transmises aux doigts sont moindres du côté droit. Plusieurs examens radioscopiques n'avaient donné que des résultats sans importance.

Le malade niait formellement la syphilis, et ne portait aucun stigmate de syphilis ancienne ou récente. Faute de mieux, injections de cacodylate. Les symptômes empiront, la situation devenait périlleuse. On commence le traitement

spécifique le 27 mai. Tous les jours jusqu'au 11 juin on injecte le biiodure aux doses croissantes de 0 gr. 01, 0 gr. 015, 0 gr. 02.

L'amélioration est notable, pesanteur de tête moindre, respiration plus aisée.

Au 14 juin, l'amélioration est incroyable et elle progresse de jour en jour. Au 30 juin, les œdèmes du cou et des bras ont disparu, liberté des mouvements. Le malade peut avaler de gros morceaux de pain. Il n'est plus sourd. La voix est normale. L'examen au laryngoscope montre que la corde vocale droite n'est plus paralysée. Les réseaux veineux du tronc et des bras sont très apparents. Le sommeil et l'appétit sont excellents. Le 11 juillet il quitte l'hôpital. Il revient quelques semaines plus tard en parfaite santé. Il a repris son travail et n'en éprouve aucune fatigue. « C'est comme s'il n'avait jamais été malade. »

OBSERVATION IV

(Gault et Lucien, *Annales des maladies de l'oreille et du larynx*. Dijon, 1911.)

Un cas de médiastinite syphilitique.

M. D. E..., jardinier, quarante ans, nous est adressé le 18 janvier 1910 par notre confrère le Dr Lucien qui nous prie d'examiner son larynx, ce malade présentait un enrouement remontant à trois semaines avec amaigrissement et faiblesse générale.

A l'examen laryngoscopique nous observons simplement un peu de parésie de la corde vocale gauche. Rien d'anormal

sur le trajet des récurrents. Aucun signe du côté de l'aorte. A l'auscultation, un foyer de râles sous-crépitaunts dans la fosse sous-épineuse et l'espace interscapulo-vertébral gauche. Le Dr Lucien qui revoit ce malade à quelques jours d'intervalle, et nous-même, ne retrouverons plus le foyer de râles observés en arrière du poumon gauche. Ce malade est pourvu d'un traitement reconstituant et renvoyé à quelques jours.

Il nous revient le 16 mai 1910 présentant les signes suivants : au larynx, paralysie complète de la corde vocale gauche. D'autre part, œdème très considérable de la paroi thoracique, à gauche seulement, et de tout le membre supérieur gauche, qui presque doublé de volume est difficile à manier en raison de ce gonflement. En outre, circulation veineuse sous-cutanée très développée sur la paroi thoracique à gauche et sur le membre supérieur gauche. Les deux pouls radiaux sont égaux. Ganglions à la partie inférieure du triangle sus-claviculaire gauche hypertrophiés. En engageant le doigt aussi loin que possible derrière la fourchette sternale, on ne constate aucune masse appréciable au toucher. La radiographie n'a pas été faite. Ces signes s'étaient développés peu à peu depuis quatre mois et allaient augmentant, surtout l'œdème. Rien à l'auscultation, sauf, peut-être une légère diminution du murmure vésiculaire à gauche.

En raison d'antécédents spécifiques avoués, nous établissons un traitement ioduré et hydrargyrique par injections quotidiennes de biiodure.

Déjà, après quelques jours, le malade se sent soulagé. L'œdème au lieu de croître va diminuant et en quinze à

vingt jours, le volume du bras et la paroi thoracique sont presque revenus à la normale sauf un peu d'épaississement des téguments. L'état général, le facies sont meilleurs. Seule la paralysie de la corde vocale gauche reste stationnaire.

Les ganglions sus-claviculaires sans avoir disparu sont très atténués. Il s'agissait donc, le traitement en était la meilleure preuve, d'une production médiastinale syphilitique, devant siéger dans le médiastin antérieur et supérieur et déterminant des phénomènes de compression.

En août 1912, le D^r Lucien nous écrit que « le malade se porte bien, conservant seulement un peu de raucité de la voix ».

OBSERVATION V (Résumée)

(Thirolaix et Miginiac, Société médicale des Hôpitaux
10 juin 1910.)

Cardiopathie syphilitique. — Syphilose tertiaire médiastinale à point de départ péri-trachéo-bronchique avec irradiations broncho-pulmonaires et cardio-auriculaires.

25 avril 1910. — Le D^r B..., adresse dans le service Adelphe P..., cuisinière, âgée de cinquante-quatre ans.

Depuis six mois, la malade respire difficilement et la moindre tentative de marche provoque une crise de suffocation.

La malade déclare être célibataire et n'avoir jamais eu d'enfants ni de grossesse.

Elle a toujours eu une très bonne santé jusqu'au début de sa maladie actuelle qu'elle fait remonter à six mois.

Aux questions posées pour rechercher l'existence d'une tuberculose, d'une syphilis, la malade oppose des dénégations absolues.

Son père est mort à l'âge de soixante-quinze ans, sa mère à l'âge de quatre-vingt-dix ans.

La malade est bien constituée. Sur les muqueuses, sur la peau, il n'existe nulle part, ni ulcération, ni éruption, ni cicatrice, ni pigmentation. Pas de lésions, soit anciennes, soit récentes. Aucun stigmate de syphilis héréditaire ou acquise. Tous les troubles, dont elle se plaint, se résument dans le syndrome dyspnée. La malade ne peut marcher, ni quitter son lit, ni s'étendre dans le décubitus dorsal.

Elle est en état d'orthopnée permanente, et nuit et jour reste assise dans son lit.

Accès de dyspnée paroxystiques avec angoisse, la nuit surtout. Ces accès de suffocation sont de courte durée et ne s'accompagnent pas de douleurs rétro-sternales, ni d'irradiations douloureuses dans le bras gauche.

Toux banale et fréquente, ni quinteuse, ni rauque, ni coqueluchoïde. Mais cette toux est accompagnée d'un râchement trachéal léger et peu prononcé : ce cornage s'associe à une ébauche de tirage sus et sous-sternal. Pas d'expectoration.

La matité cardiaque n'est pas augmentée.

Les deux pouls radiaux sont égaux et synchrones. Nulle part on ne trouve d'adénopathie (cou, aisselle, aine). Les dimensions du foie sont normales, pas de rate à la percussion.

Tube digestif et reins semblent sains. Urines normales, ni pigments biliaires, ni sucre, ni albumine. Température à 37°5 (mais la fièvre apparaîtra bientôt) oscillant de 38 à 39 degrés.

Les membres inférieurs ne présentent ni œdème, ni exostoses, ni cicatrices.

Les lèvres et les pommettes sont violacées; les veines jugulaires sont gonflées et nettement visibles. Mais il n'y a ni œdème du cou et du thorax, ni dilatation des veines thoraciques sous-cutanées. Les réflexes sont normaux, les pupilles sont normales et réagissent normalement à la lumière. La voix est normale, ni sourde, ni bitonale, ni rauque; la parole n'est pas entrecoupée.

La palpation du thorax montre l'existence dans la région dorsale à la hauteur des troisième et quatrième vertèbres dorsales, entre les omoplates, d'une masse mate et très vibrante.

A l'auscultation on trouve en cette zone et aussi aux bases, des râles sibilants et humides de catarrhe bronchique.

Les bruits du cœur sont normaux, le pouls est entre 75 et 80.

Cet ensemble nous fit supposer une lésion péri-trachéo-bronchique probablement tuberculeuse. La malade niait et ne présentait aucun signe qui nous permit de penser à la spécificité.

Le 1^{er} mai fut découvert un petit épanchement liquide à la base droite et la fièvre depuis deux ou trois jours oscillait entre 38 et 39 degrés. Cet épanchement fut cliniquement évalué à 800 grammes.

Il fut ponctionné dans l'espoir d'atténuer la dyspnée. Nous retirâmes de la plèvre 500 grammes de liquide limpide, clair, jaune citron, sans fibrine. Il y avait dans le culot quelques placards endothéliaux : il s'agissait donc d'un hydrothorax.

L'état dyspnéique de la malade reste stationnaire, le pouls

s'affaiblit un peu cependant et le 8 mai on remarqua qu'il y avait un peu de liquide dans la plèvre gauche.

Les jours suivants une légère ascite devint appréciable, sans œdème des membres inférieurs. Le pouls reste régulier, mais s'affaiblit encore. Les bruits du cœur s'assourdissent : il y a vraisemblablement du liquide dans le péricarde.

La dyspnée devient plus violente, la température baisse, la face est violacée, la malade est étendue inerte sur le dos et le 12 mai pendant la visite elle meurt dans le coma.

Le traitement fut purement symptomatique : inhalations d'oxygène, injections d'éther et d'huile camphrée.

Autopsie. — (Voir chapitre Anatomo-pathologie). — L'enquête que nous avons faite auprès des parents nous révèle les faits suivants :

La maladie actuelle avait débuté six mois auparavant. La malade avait eu 4 grossesses terminées par 4 avortements. Elle avait contracté la syphilis en 1898 et avait fait un séjour à Saint-Louis (plaques muqueuses buccales, anales vulvaires, alopécie). Depuis elle avait pris des pilules à plusieurs reprises.

OBSERVATION VI (Résumée)

(Sergent et Cottenot, Société médicale des Hôpitaux,

12 novembre 1909).

Obstruction veineuse totale du membre supérieur droit. —

Onyxis. — *Traitement mercuriel.* — *Guérison.*

M. W..., entre le 20 mai 1909 dans le service de M. Barth atteint d'un œdème considérable du membre supérieur droit.

Agé de trente-trois ans, brasseur, jouissant d'une excellente santé habituelle, le malade a vu débiter cinq jours plus tôt seulement le gonflement qui l'amène à l'hôpital. Nous constatons, en effet, un œdème en masse de tout le membre, quelques veines superficielles distendues sur le bras et dans la région pectorale. Pas de troubles de sensibilité, aucune réaction inflammatoire. Pas de compression broncho-trachéale ou nerveuse.

Le malade niait tout accident spécifique, mais il présente une onyxis, généralisée aux mains et aux pieds, qui a débuté il y a presque un an et se développe lentement. L'ongle est cassé, friable, il présente des épaissements et des cannelures. Le bourrelet péri-onguéal est épaissi.

Sous l'influence du traitement mercuriel, et très rapidement, l'œdème diminue. Le 1^{er} juillet, il a complètement disparu. Les lésions onguéales sont très favorablement influencées. Le malade sort guéri de l'hôpital le 27 juillet.

OBSERVATION VII (Résumée)

(Lian et Baron, *Progrès médical*, 9 novembre 1912.)

Médiastinite chronique syphilitique avec thrombo-phlébite oblitérante de la veine cave supérieure. — Guérison avec circulation collatérale destinée à suppléer à l'oblitération définitive de la veine cave supérieure.

M^{me} D..., cinquante-quatre ans, va consulter à l'âge de trente-huit ans, à l'hôpital Saint-Louis, pour deux petits boutons de la vulve. On porte le diagnostic de syphilis et

fait des injections dans les fesses. A cette même époque, la malade a de violents maux de tête et perd ses cheveux.

Les premiers symptômes de la médiastinite syphilitique semblent remonter à mars 1909. A cette époque, la malade fait un séjour de trois semaines à l'hôpital Lariboisière pour toux, anorexie, mouvement fébrile. On diagnostique une grippe. En réalité, elle dit qu'à cette époque sa toux eut très nettement les caractères de celle de la coqueluche pendant deux mois environ. Il s'agissait donc probablement de toux coqueluchoïde d'origine médiastinale.

C'est en août 1909 qu'apparaît au grand complet le syndrome d'oblitération de la veine cave supérieure. La malade remarque que son cou se gonfle, sa figure devient bouffie. La malade entre à l'hôpital, et un matin, assise sur son lit, elle sent tout d'un coup que l'enflure de sa figure augmente brusquement. Deux jours après, alors qu'elle vient de se lever, son visage devient tout noir et on doit la recoucher. Enfin, en quelques jours, l'œdème envahit les membres supérieurs, le tronc jusqu'à la taille. Une dyspnée intense oblige la malade à rester assise sur son lit. Pas de fièvre, pas de céphalée ni de vomissements, pas d'albuminurie ni de glycosurie. On fait à la malade 12 piqûres d'un sel mercuriel dans la fesse. Elle ressent une légère amélioration. Mais, craignant de mourir à l'hôpital, elle se fait transporter chez elle.

Le Dr Houlié fait, à sa première visite, le diagnostic d'épanchement pleural bilatéral et peut évacuer des deux côtés 1 litre 1/2 d'épanchement citrin. Dès lors l'amélioration s'accroît rapidement, tandis qu'une circulation collatérale très développée se dessine à la partie antérieure du thorax et de l'abdomen. L'épanchement pleural bilatéral avait été

probablement un hydrothorax consécutif à l'oblitération de la veine cave supérieure.

La malade est venue nous consulter pour la première fois en août 1910 à la consultation de l'hôpital Lariboisière. Et depuis lors, malgré plusieurs séries d'injections de sels mercuriels et d'hectine, son état n'est nullement modifié. Après le stade dramatique dû à l'oblitération rapide et progressive de la veine cave supérieure, la malade est arrivée au stade d'adaptation, où l'organisme supplée assez bien à l'oblitération définitive de cette veine.

État actuel. — Le seul trouble fonctionnel, dont se plaint la malade, est le suivant : lorsqu'elle se penche en avant, elle ressent immédiatement la tête lourde et une tendance au vertige. Dès qu'elle est baissée, les veines du cou se gonflent, la figure devient violacée et la malade est obligée de se relever rapidement.

La circulation veineuse collatérale est particulièrement marquée à la face antérieure du thorax, et aussi à la face antéro-interne du bras. Il y a là un lacis veineux très développé, où à côté de veinules il y a des cordons veineux gros comme un porte-plume ou même comme le petit doigt. Tout ce riche lacis veineux semble se déverser dans deux grosses veines, qui descendent dans chaque flanc sur la paroi antérieure de l'abdomen, pour aboutir à la racine de la cuisse dans les veines fémorales (fig. 1 p. 37).

L'examen radioscopique fait par M. Bécclère écarte l'existence d'un anévrisme aortique et l'amène à admettre notre diagnostic clinique probable de médiastinite syphilitique avec oblitération de la veine cave supérieure.

OBSERVATION VIII

(Oulmont et Delort, Société méd. des Hôpitaux, 7 juin 1912.)

Médiastinite chronique syphilitique. — Compression de l'azygos se traduisant par une circulation veineuse complémentaire au niveau de la face antérieure du tronc.

Marie B..., cinquante ans, entre à Beaujon le 24 novembre 1911. Elle est très cachectique; a des douleurs au niveau de l'articulation tibio-tarsienne; elle tousse. Tuméfactions arrondies, dures, au niveau du creux poplité, au niveau du triangle de Scarpa droit, et sous la clavicule gauche. La voix est nasonnée depuis trois ans. Dysphagie très prononcée. A l'examen du fond de la gorge, on constate une perforation du voile du palais siégeant sur la moitié gauche, haute de 1/2 centimètre, longue de 3 cent. 1/2 environ; à l'examen du thorax, pas d'œdème superficiel mais circulation veineuse importante. Augmentation des vibrations sous la clavicule droite. Foie augmenté de volume.

Antécédents personnels. — A vingt-deux ans, éruption vésiculeuse aux tempes et quelques névralgies. Pas de céphalée, pas de chute de cheveux.

A trente-sept ans, apparition à la cuisse droite de grosseurs séparées qui s'ulcèrent et donnent issue à une sérosité couleur louche. Cicatrisation trois mois après. L'année suivante, gêne respiratoire et toux coqueluchoïde, crises de suffocation.

A quarante-cinq ans, sous la clavicule gauche, grosseur

du volume d'une noix qui s'ouvre sans douleur et laisse échapper de la sérosité de couleur louche. Cicatrisation peu de temps après.

Il y a un an, trouble de la tibio-tarsienne droite, douleur, puis tuméfaction. Un médecin a pratiqué une incision, il s'est écoulé un peu de sérosité rousse et du sang.

Il y a six mois, grosseur du creux poplité. Séro-réaction de Wassermann positive. On commence le traitement mercuriel. L'état local et général s'amende. La lésion du pied change d'aspect en quelques jours. Le trajet fistuleux se comble, l'orifice se cicatrise.

Radioscopie du thorax. — En vue antéro-postérieure : masse grêle siégeant à droite, repoussant la masse cardiaque.

En vue oblique antérieure droite : le siège de la masse apparaît plus précis à hauteur de l'émergence des gros vaisseaux du cœur, au-dessous de la crosse aortique, en arrière des gros vaisseaux, au-dessus du pédicule pulmonaire.

Pour les auteurs, il s'agit d'une compression de l'azygos seule, sans compression de la veine cave supérieure.

OBSERVATION IX

(Lian, thèse de Sébillote, 30 novembre 1912.)

Paralysie récurrentielle gauche due à une médiastinite syphilitique probable.

W. C..., trente-quatre ans.

Aucun antécédent. Femme cinq grossesses à terme, enfants bien portants. Il y a deux ans, dysphagie légère,

voix nasonnée et gomme de la langue dont une s'ulcéra. Guérison en quelques semaines par l'iodure de potassium. Depuis trois mois, la voix est enrouée (aphonie pendant huit jours). Il y a quelques jours le malade a présenté un ictus laryngé. Toux coqueluchoïde

Poumons : diminution du murmure vésiculaire au sommet droit.

Cœur : rien. Pouls 80, bien frappée.

Langue : deux ou trois nodules comme des noisettes.

Voile du palais : cicatrice d'une gomme, plaque de leucoplasie derrière la commissure droite. Réflexes normaux. Pas d'Argyll.

La radioscopie (M. Desternes) en position oblique montre une zone obscure du médiastin postérieur, non animée de battements.

Traitement antisypilitique. La voix redevient normale. L'examen laryngoscopique a permis de constater le retour de la corde vocale gauche à un aspect tout à fait normal.

OBSERVATION X

(Lian et Baron, *Progrès médical*, 16 novembre 1912.)

Fièvre, adénopathies, hépatite et médiastinite syphilitiques longtemps méconnues. — Guérison par le traitement mercuriel puis arsenical.

M. Z..., trente ans, n'a rien d'intéressant à signaler dans ses antécédents. En mars 1910 apparaissent les premiers symptômes de son affection. Il est pris subitement d'un accès

de constriction à la gorge. Presque asphyxié, congestionné, il rentre à pied chez lui. Dans le courant de mars et avril, des spasmes glottiques se reproduisent souvent au moindre effort. Un médecin consulté trouve la paroi postérieure du pharynx rouge, œdémateuse, et constate une température de 38°5. Le malade depuis lors prend régulièrement sa température, et, nous pouvons le dire dès maintenant, il conserva de la fièvre jusqu'à son entrée à l'hôpital Beaujon en novembre 1911. En mai 1910, il a un accès de suffocation tel qu'il tomba sans connaissance.

Le malade passe le mois de juin à Saint-Honoré-les-Bains. Là on remarque que le pouls est à 100-120 pulsations. Depuis lors, le malade prend régulièrement son pouls, qui restera toujours troublé, accéléré ou ralenti. Le malade maigrit (17 kilos de mars à septembre 1910). Deux médecins conseillent un séjour en Suisse. Le malade séjourne en Suisse pendant trois mois et augmente de 3 kilos, mais la fièvre persiste. Quant aux troubles du pouls, ils se modifient: le pouls est tantôt rapide, 100, 120, 130; tantôt très arythmique, tantôt ralenti, 50, 45 et même 40. Tendances syncopales.

Il rentre en France en février 1911. Contracte une pneumonie du sommet droit. Il est soigné dans un service hospitalier. L'examen bactériologique des crachats ne révèle ni bacille de Koch, ni pneumocoques. Au bout de quinze jours, il quitte l'hôpital, sa température est normale, le pouls est lent.

Après trois semaines d'apyrexie la fièvre réapparaît, en même temps que les ganglions du cou grossissent un peu. La tachycardie devient constante. Deux accès de spasme

glottique, dont l'un avec perte de connaissance complète. En juin 1911, il entre dans un autre service hospitalier. On fait plusieurs hémocultures qui sont négatives ; une séro-réaction de Wassermann négative ; deux biopsies de ganglions cervicaux, dont l'examen microscopique, l'ensemencement, l'inoculation ne fournissent pas de renseignements intéressants.

Le malade rentre dans sa famille. Le foie, malgré des séances de radiothérapie, augmente de volume.

En novembre 1911, le malade consulte le D^r Castaigne. La palpation du foie lui suggère le diagnostic de syphilis hépatique. Une nouvelle séro-réaction de Wassermann est positive, une intra-dermo-réaction à la tuberculine est négative. Le malade entre à Beaujon dans le service du professeur Debove.

L'examen radioscopique et radiographique du médiastin est pratiqué par M. Desternes. En position frontale, l'opacité aortique est surmontée par une zone d'une opacité un peu moins grande. En position oblique antérieure droite et oblique postérieure gauche, on voit les deux tiers supérieurs de l'espace clair rétro-cardiaque obscurcis par une zone opaque, surtout à la jonction des ombres cardiaques et aortique. Cette zone n'est pas uniformément opaque et présente des contours irréguliers (Pas de battements).

On constate de la circulation veineuse collatérale. Tachycardie. Pas de tabès.

On pratiqua deux séries de 10 injections quotidiennes de 2 centigrammes de biiodure, séparées par dix jours de repos. Dès la troisième piqûre, la fièvre persistant depuis plus d'un an s'atténue pour disparaître à la cinquième (page 46).

Amélioration générale. Poids augmente. Foie moins gros. L'ombre médiastinale, la tachycardie persistent. On pratique 20 piqûres d'hectine, l'amélioration s'accroît. Le malade peut reprendre une vie active.



Radiographie thoracique prise en position oblique antérieure droite (Reproduction de l'épreuve de Desternes). C A : ombre cardio-aortique, — C : ombre de la colonne vertébrale ; D : Ombre diaphragmatique. M. : lésions médiastinales représentées par une zone inégalement sombre et aux contours irréguliers qui obscurcit les 2/3 supérieurs de l'espace clair moyen ou retro-cardiaque.

OBSERVATION XI (Résumée)

(Babonneix et Barou, *Gazette des Hôpitaux*, janvier 1912.)

Compression du tronc veineux brachio-céphalique droit chez une malade atteinte d'anévrisme de la crosse de l'aorte. — Disparition de l'œdème et de la cyanose par le traitement mercuriel.

M^{me} H. M..., quarante et un ans, entre le 12 septembre dernier, à la Nouvelle-Pitié, pour une dyspnée vive avec toux spasmodique et pour un gonflement œdémateux du sein et du membre supérieur droits.

Le début de ces accidents remonte à un mois environ. La malade se plaint d'avoir été, dès ce moment, facilement essoufflée ; elle avait une toux quinteuse, coqueluchoïde, qui augmentait sa dyspnée.

Presque aussitôt, elle remarque, à droite du sternum, à la hauteur des deux premiers espaces intercostaux, l'apparition d'une petite tumeur. Bientôt le sein droit enfle ; puis le bras droit et la main. Le cou lui-même augmente de volume.

Il y a huit jours, elle eut un accès de suffocation particulièrement grave et se décida à entrer à l'hôpital.

Elle nie la syphilis ; on n'en trouve aucun stigmate ; seule, une fausse couche peut paraître suspecte.

A l'entrée à l'hôpital, la malade est très oppressée, la dyspnée s'accompagne de toux quinteuse, particulièrement marquée quand la malade s'allonge dans son lit, et la force à rester constamment assise. Cette dyspnée est entrecoupée de crises de suffocation très vives. Il n'y a pas de modifications de la voix, pas de troubles de la déglutition ; aucune douleur, ni angineuse, ni névralgique.

L'œdème a envahi le sein droit, le membre supérieur droit, la moitié droite du thorax. Le dos est intact.

Le cou est le siège d'un gonflement diffus ; la face est légèrement bouffie. Les lèvres, le nez, les pommettes sont d'un rouge violacé qui contraste avec la teinte blanchâtre du menton et du front. Cette cyanose est d'ailleurs très marquée sur tout le membre supérieur et l'hémithorax droits. Un réseau veineux sous-cutané s'est développé sur tout le côté droit de la poitrine et sur l'épaule.

Au cou, les jugulaires sont gonflées, mais souples.

Sous la clavicule droite, à la hauteur de la partie interne

des deux premiers espaces intercostaux, on remarque une petite voussure de la dimension d'une pièce de 5 francs. A son niveau, pas de thrill, ni d'expansion nette, mais la main perçoit un battement systolique. L'auscultation décèle un double claquement : l'un systolique, l'autre diastolique. Le cœur est gros ; sa pointe bat dans le sixième espace ; ses bruits sont normaux : il n'y a pas de souffles notamment à l'orifice aortique. Le pouls est perceptible seulement à gauche ; l'œdème du bras suffit à expliquer sa disparition à droite ; il est un peu rapide, faible, mais égal et régulier.

Diminution notable de la respiration à droite avec conservation de la sonorité et des vibrations.

Pas de troubles digestifs. Pas d'inégalité pupillaire ni de signe d'Argyll.

Nous avons recherché en vain le signe d'Oliver Carderelli.

L'état général est bon ; pas de fièvre.

Nous pensons qu'il s'agit d'une compression du tronc veineux brachiocéphalique droit par un anévrysme de la crosse aortique développé à la hauteur du premier coude de l'aorte. L'état de la malade empêche de faire pratiquer un examen radioscopique, mais les symptômes d'ectasie sont assez nets pour permettre de se passer de ce mode d'exploration.

Nous décidons de faire le traitement mercuriel : 2 centimètres cubes de biiodure tous les jours.

Quatre jours après, on constate une amélioration très nette. La dyspnée est moins vive. Il n'y a plus d'accès de suffocation, la toux quinteuse se manifeste que lorsque la malade se couche sur le dos. L'œdème a diminué sur le thorax et surtout au bras, où maintenant on perçoit le pouls.

Les pulsations y sont plus faibles qu'à gauche et semblent retardées.

Le 23 septembre, douze jours après le début du traitement, le bras a presque complètement repris son aspect normal, le cou est dégonflé, les jugulaires moins tendues. Au thorax, on voit maintenant la voussure que forme l'anévrysme ; on perçoit à son niveau un thrill. Les symptômes fonctionnels se sont surtout très amendés. Elle peut aller à la Salpêtrière se faire examiner aux rayons X. La radioscopie montre une ombre étendue sur toute la partie supérieure du médiastin, mais ne permet pas de distinguer nettement le sac anévrysmal, ni d'en percevoir les battements. La radiographie ne montre qu'une grosse masse d'ombre sur tout le médiastin supérieur.

La malade, se trouvant très améliorée, veut sortir.

Elle n'a plus de dyspnée, l'œdème a complètement disparu. La voussure thoracique anévrysmale est toujours visible et ne semble pas changer de volume. La malade a pu reprendre son travail, les efforts lui occasionnent encore de la dyspnée.

OBSERVATION XII

(Lian et Baron, *Progrès médical*, 16 novembre 1912.)

Anévrysme de la crosse aortique. — Médiastinite avec oblitération du tronc veineux brachio-céphalique gauche. — Traitement mercuriel. — Régression.

M^{me} X..., âgée de quarante-neuf ans, entre dans le service de M. Cettinger à l'hôpital Cochin. Depuis quelques jours elle a remarqué que d'abord son bras gauche puis la moitié

gauche du cou, de la face et du thorax ont enflé rapidement. En outre, elle éprouve une légère dyspnée, elle se plaint de vertiges, se produisant surtout lorsqu'elle se baisse.

L'examen fait constater l'existence d'un anévrysme aortique. On remarque un deuxième centre de battements à l'extrémité interne des deux premiers espaces intercostaux droits, mais sans thrill, ni souffle. La radioscopie montre une ectasie de la portion initiale de la face antéro-latérale gauche de la crosse aortique. Les battements sont peu nets. La poche anévrysmale est entourée d'une zone moins opaque et à limites imprécises. Il n'y a pas d'autres symptômes médiastinaux que ceux traduisant l'oblitération du tronc veineux brachiocéphalique gauche : œdème du membre supérieur gauche et de la moitié gauche de la face, du cou, du thorax, et circulation veineuse collatérale avec la distribution représentée dans la figure 3. La malade ne présente aucun stigmate de syphilis. Elle a deux enfants bien portants. Néanmoins on pense à l'origine syphilitique probable.

Traitement. — Douze injections quotidiennes de 2 centigrammes de biiodure de Hg ; arrêt de quinze jours avec 1 gr. 50 de KI par jour ; puis six injections hebdomadaires d'huile grise (8 centigr. de Hg, par piqûre), et de nouveau KI. Dès le début du traitement mercuriel, diminution marquée de l'œdème, disparition des troubles fonctionnels. La malade, revue un mois après sa sortie de l'hôpital, présente encore un peu de bouffissure des régions primitivement œdématiées ; la circulation collatérale est moins marquée.

OBSERVATION XIII (Inédite)

(Observation en collaboration avec le Dr Lacapère.)

Médiastinite syphilitique

H. R..., quarante-deux ans, emballleur.

Aucun antécédent. Chancres indurés de la verge en décembre 1895. Plaques muqueuses. Soigné à l'hôpital Saint-Louis. Pendant les trois premières années de sa maladie, absorba des pilules de protoiodure.

De 1898 à 1906 du sirop de Gibert d'une façon périodique.

En 1906, céphalées nocturnes, douleurs fulgurantes dans les membres inférieurs surtout du côté gauche, exagération des réflexes rotuliens, un peu de difficulté de la marche. Le malade prend plusieurs séries d'injections d'huile grise.

En juillet 1910, apparition de douleurs très vives au niveau de la région thoracique antérieure gauche, douleur paroxystique survenant surtout la nuit lorsque le malade est couché, irradiant dans le bras gauche et dans la région sus-épineuse du même côté. La douleur est très atténuée, lorsque le malade est debout. Pas de déformation de la région, pas de douleur à la palpation.

En quelques jours apparaît une tuméfaction de la jugulaire du côté gauche qui forme sur la partie latérale du cou une grosseur du volume d'un œuf de pigeon.

Une radioscopie pratiquée par le Dr Malmejac révèle une ombre médiastinale supra-cardiaque et fait penser à une gomme du médiastin. Le malade reçoit plusieurs séries d'injections d'huile grise. Les troubles morbides s'aggravent.

Le bras gauche devient impotent par perte absolue de la force musculaire ; il est augmenté de volume par un œdème dur, cyanotique, avec des troubles de sensibilité (sensation de froid).

Le malade éprouve de la gêne respiratoire. En janvier 1911, ces troubles sont très accentués, il passe cinquante-deux nuits sans sommeil assis dans son lit et très dyspnéique. La séro-réaction de Wassermann est positive. L'examen des yeux montre de l'inégalité pupillaire, myosis de la pupille droite, signe d'Argyll, léger nystagmus unilatéral (O. G.). La radiographie révèle une ombre médiastinale du volume du poing, au-dessus du cœur, à droite de la colonne vertébrale, à contours bien limités.

11 et 21 janvier. — On injecte 0 gr. 30 de 6o6.

Puis on pratique une série de cyanure de mercure intra-veineux. Trois nouvelles injections de 6o6 et une série de benzoate.

L'amélioration est considérable, le malade reprend son travail au mois de mai 1911. On continue les injections de 6o6, à très faible dose (0 gr. 20) l'amélioration s'accroît.

L'œdème du bras disparaît, la force musculaire revient, mais quelques troubles de sensibilité persistent. Le pouls radial de ce côté est à peine perceptible. La tuméfaction de la jugulaire est disparue. La respiration est normale. En palpant fortement la région thoracique antérieure, on réveille une douleur sourde.

OBSERVATION XIV

(Sergent, *Presse médicale*, 3 août 1912.)

Médiastinite chez une femme syphilitique et tuberculeuse.

— *Amélioration par le traitement mercuriel.*

Femme de cinquante-sept ans, dont le mari est mort subitement à cinquante-sept ans. Ni enfant, ni fausse couche. En 1892, pleurésie gauche. En 1906, éruption généralisée sur tout le corps, accompagnée de chutes des cheveux. En janvier 1911, bronchite à la suite de laquelle elle conserva de l'oppression ; une dyspnée assez considérable se manifesta progressivement s'exagérant si la malade se couchait sur le côté gauche. Peu à peu apparurent des crises de suffocation, il semble à la malade que l'air ne peut plus pénétrer par suite d'une obstruction des voies aériennes. Expectoration de crachats nummulaires striés de sang, légère élévation de température, sueurs nocturnes et amaigrissement.

Lorsqu'elle entra dans le service, la dyspnée était considérable, orthopnée, bruit de cornage strident, tirage sus et sous-sternal. Toux coqueluchoïde.

Développement des veines présternales.

Pouls et cœur ne présentent aucun caractère anormal.

Aux deux sommets, signes d'infiltration tuberculeuse à forme fibro-caséuse. Au niveau du hile, zone de matité et souffle bronchique bi-latéral surtout à gauche.

Pas de modifications des réflexes. Pas d'Argyll, mais inégalité pupillaire.

Sur le bord antérieur de la jambe gauche, ulcération

syphilitique. Séro-réaction de Wassermann nettement positive. Bacilles de Koch dans les crachats.

A la radioscopie, opacité du médiastin, pas de centre de mouvements expansifs.

On institue le traitement spécifique. La plaie de la jambe se cicatrise rapidement. La médiastinite diminue considérablement d'étendue, l'espace clair rétro-cardiaque supprimé au début devient nettement visible à la radioscopie. Les troubles fonctionnels sont améliorés, le cornage diminue peu à peu, un certain degré d'oppression persiste.

OBSERVATION XV (Inédite)

(En collaboration avec le Dr Baudoin.)

Syndrome médiastinal imprécis. — Dyspnée asthmatiforme et troubles laryngés. — Amélioration par le traitement arséno-mercuriel.

M^{me} La..., trente ans, ne présente aucun antécédent intéressant. Son mari âgé de soixante-dix ans est atteint d'ulcères variqueux des jambes à forme gommeuse. Une fillette de sept ans bien portante. Pas de fausse-couche.

Au début de 1909 apparurent des douleurs au niveau de la région thoracique antérieure gauche et une voussure douloureuse à la pression. Peu de temps après, des accès de suffocation avec angoisse et cyanose survenaient plusieurs fois par jour, s'accompagnant de troubles de la voix : dysphonie et aphonie passagère.

La malade fit un séjour à la Pitié et éprouva une amélioration considérable à la suite d'injections de biiodure.

Au début de 1912 les mêmes symptômes réapparurent.

La dyspnée est très marquée, des accès asthmatiformes très fréquents, la voussure thoracique douloureuse, la dysphonie intermittente. Aucun signe d'anévrysme, les deux pouls radiaux sont égaux et bien frappés.

La radiographie révèle une ombre très opaque du volume d'une noix, bien limitée, au-dessus du cœur, presque sur la ligne médiale, dans la région ganglionnaire péri-trachéale. La séro-réaction de Wassermann est positive (D^r Gastou).

On pratique une série de biiodure de mercure. La malade supportant mal ce traitement, on fait le 10 février une injection de 0 gr. 30 de 606. La dyspnée est améliorée, la voussure thoracique diminue et devient moins douloureuse, les accès de suffocation sont moins violents.

10 mars. — Deuxième injection de 0 gr. 40 de 606 sans aucun incident. A la fin de mars, la malade n'est plus dyspnéique, elle peut facilement monter les escaliers. Les accès asthmatiformes ont disparu. La voix est normale. La voussure thoracique persiste, mais n'est plus douloureuse à la palpation.

CONCLUSIONS

1° La syphilis est la cause la plus fréquente des médiastinites chroniques chez l'adulte ;

2° Au point de vue anatomique elle peut se présenter :

a) Sous forme de syphilome diffus scléro-gommeux du médiastin ;

b) Associée à des manifestations tertiaires portant sur les ganglions du médiastin, sur le poumon, sur la plèvre ou l'arbre trachéo-bronchique ;

c) Associée à l'anévrysme de l'aorte ;

3° Cliniquement, la forme la plus fréquente de médiastinite syphilitique est réalisée par le syndrome d'oblitération de la veine cave supérieure ;

4° La syphilis et la tuberculose peuvent créer des médiastinites mixtes améliorables par le traitement spécifique ;

5° Le diagnostic de la médiastinite syphilitique se fait surtout par la collaboration de la radioscopie, de la séro-réaction de Wassermann et du traitement d'épreuve ;

6° Le traitement mercuriel intensif est indiqué dans le cas des lésions scléro-gommeuses du médiastin. Le traitement chirurgical peut seul agir sur les séquelles fibreuses de la médiastinite.

Vu : le Président de la thèse,

GAUCHER

Vu : le Doyen,

LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

- BABINSKI. — Société médicale des hôpitaux de Paris, 8 novembre 1901.
- BABONNEIX et BARON. — Compression du tronc veineux brachio-céphalique droit (Gaz. des hôpitaux, 31 janvier 1912).
- BARTH. — Société médicale des hôpitaux, 9 février 1906.
- BUTTINO. — Médiastinite syphilitique (Riv. int. crit. de clinic, med. Firenze, janvier 1908).
- CASE. — Médiastinites syphilitique (Guys'Hosp. Gaz., London, 1908, XXII).
- COMBY. — Oblitération de la veine cave supérieure (Société médicale des hôpitaux, janvier 1892 — décembre 1893 — avec Vigouroux et Collet, février 1906).
- La médiastinite chronique chez l'enfant (Archives de médecine des enfants, janvier 1912).
- DIEULAFOY. — Étude sur la médiastinite syphilitique (Presse médicale, 30 nov. 1910).
- DOVIES. — Lancet, 1911, n° 20.
- GAULT et LUCIEN. — Un cas de médiastinite syphilitique (Annales des maladies de l'oreille, du larynx et du nez, 1911, n° 10).
- GOUGET. — La médiastinite chronique (Presse médicale, 22 avril 1911).
- HUTINEL. — Médiastinites chroniques (Bulletin médical, 23 et 30 août 1911).
- LAMBOUR. — Étude sur la médiastinite chronique chez l'enfant. Thèse de Paris, novembre 1911.
- LÉPINE. — Dextrocardie par médiastinite (Soc. méd. des Hôpitaux, 26 mai 1899).

- LIAN et BARON. — Des médiastinites syphilitiques (Progrès médical, 9 et 16 novembre 1912).
- Les médiastinites chroniques (Paris médical, novembre 1912).
- MARTIN-SOLON. — Oblitération de la veine cave supérieure (Archives générales de médecine, 1836).
- NOBÉCOURT. — Médiastinite tuberculeuse chez un enfant hérédo-syphilitique (Société médicale des hôpitaux, 16 décembre 1910).
- OULMONT. — Oblitération de la veine cave supérieure (Bulletin de la Société médicale d'observations. Paris, 1855).
- OULMONT et DELORT. — Médiastinite chronique syphilitique (Société médicale des hôpitaux, 7 juin 1912).
- RADONICIC. — Médiastinite chronique fibreuse (Deutsche med. Wochenschrift, 9 mars 1911).
- ROSENTHAL. — Uber tertiär syphilis Prozessécin mediastinum (Derm. zeitschrift Ergänzungsheft, 1911).
- ROYTON. — Médiastinite syphilitique (Lancet, 28 janvier 1911).
- SCHUNEMANN. — Un cas de péricardite et médiastinite syphilitique (Allgemeine medizinische central. Zeitung, 29 juin 1901).
- SERGENT. — Médiastinite syphilitique et anévrisme de l'aorte (Presse médicale, 3 juillet 1912).
- Médiastinite tuberculeuse (Presse médicale, août 1912).
- L'inégalité pupillaire dans les affections pleuro-pulmonaires (Progrès médical, 11 mai 1912).
- SERGENT et COMBIER. — Société médicale des hôpitaux 16 février 1906.
- SEBILOTTE. — Médiastinite chronique. Thèse de Paris, 1912.
- THIROLOIX et MIGINIAC. — Syphilose tertiaire médiastinale (Société méd. hôpitaux, juin 1910).
- VIGOUROUX et COLLET. — Société méd. hôp., février 1906.

